

# **Prévenir, détecter et soigner la dépression de la personne âgée, le rôle de l'infirmière à domicile**

## **Travail de Bachelor**

### **HES**

**Theiller Jennifer**

**N° matricule : 10644946**

Directrice de mémoire : Mme Léocadie Marie - chargée d'enseignement HES

Membre du jury externe : Mme Bridier Boloré Anne - spécialiste clinique aux soins  
à domicile

**Genève, septembre 2014**

## Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 02.07.2014

Jennifer Theiller

La dépression est l'une des maladies les plus courantes du XXI<sup>e</sup> siècle qui touche plus de 40% des personnes âgées. Elle affecte tous les pans de vie de la personne, elle a des retentissements somatiques et psychiques importants et elle peut conduire à des conséquences dramatiques, un quart des suicides concernent les aînés. Traiter la dépression est une priorité. Liés aux contraintes économiques et sociétales, les soins domiciliaires sont en pleine expansion, il est nécessaire de réfléchir et redéfinir des priorités de soins gériatriques. Le domicile est pour l'infirmier le lieu de la prévention, de la détection et du soin. Il est une opportunité pour proposer des interventions adéquates et de qualité.

La théorie infirmière de la Self-Transcendance (P. G. Reed) peut être un support aisé pour comprendre les ressources et les différents besoins de la personne âgée. Par la connaissance des différentes sphères, du niveau de bien-être et de vulnérabilité, l'infirmier a une connaissance plus fine de la personne et peut l'aider à cheminer dans la maladie dépressive.

A l'aide d'une revue de la littérature comprenant quatorze articles mis en lien avec la théorie de la Self-Transcendance, nous pourrons faire émerger des pistes de réflexion dont le soutien social, la nécessité de reconnaître et d'évaluer la dépression, la prise en compte des facteurs influençant la qualité de vie et les traitements à proposer. À partir de ses axes, nous élaborons des recommandations de bonnes pratiques infirmières pour prendre en soin la personne âgée vivant une dépression.

**Mots-clés :** dépression ; personne âgée ; soins à domicile ; auto-transcendance.

depression; elderly; community health nursing; self-transcendence.

## **Remerciements :**

Un grand merci à Mme Marie Léocadie pour son suivi, sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements tout au long de cette année.

Je remercie Mme Anne Bridier Boloré d'avoir accepté de faire partie du jury.

Je remercie également Mme Pauline Roos pour ses éclairages sur la théorie infirmière.

J'adresse mes remerciements aux bibliothécaires pour leur disponibilité et leurs conseils avisés.

Merci à mes amies de promotion pour leur soutien si précieux et leur solidarité.

Une pensée à ma petite famille, Lucien et Cyril.

## Liste des abréviations:

ADL: Activity Daily Living

AHSPA: Auckland Heart Study Physical Activity Questionnaire

ANA: The American Nurses Association

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne

CES-D-S: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CCI: Charlson Comorbidity Index

CIM: Classification Internationale des Maladies

COPPEs: California Older Adult's Pleasant Events Schedule

DRLA: Developmental Resources of Later adulthood

DRS: Depression Rating Scale

DSM: Diagnostic and Statistical Manual

EMS: Etablissement Médico-Social

GAD: Goldberg Anxiety Quiz

HAM-D: Hamilton Depression rating scale

HAS: Haute Autorité de Santé

HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale

HDRS-24: Hamilton Depression Rating Scale, 24 items

HPS: Health-Promoting Scale

IADL: Instrumental Activity Daily Living

ICD: International Classification of Disease ninth revision

ICD: International Classification of Diseases

IMAO : Inhibiteur de la Mono-Amine Oxydase

IMAD : institut de maintien à domicile

IRSNA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Spécifique de Recapture de la Sérotonine

MADRS: Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

MMSE, Mini Mental State Examination

MOS-36: Medical Outcome Study, 36 items

MOS-SF-12: Medical Outcome Study Short Form, 12 items

NEADL: Nottingham Extended Activities of Daily Living

NIC: Nursing Intervention Classification  
OASIS: Outcome and Assessment Information Set  
OFS: Office Fédéral de la Statistique  
OFSP: Officie Fédérale de la Santé Publique  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
ONU : Organisation des Nations Unis  
PAD: Physical Activity Dissatisfaction  
PHQ-9 : Patient Health Questionnaire, 9 items  
PICO : Population, Intervention, Contex, Outcome  
PSWQ: Penn state Worry Questionnaire  
RAI-HC: Resident Assessment Instrument Home Care  
SCID: Structured Clinical Interview Disorders  
SPPB: Short Physical Performance Battery  
SPS: Spiritual Perspective Scale  
ST : Self-Transcendance  
STS : Self-Transcendance Scale  
TTC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Questions de recherche et problématique .....</b>	<b>11</b>
1.1. Origine et ampleur du problème .....	11
1.2. Pertinence du sujet d'étude pour la discipline infirmière .....	12
1.3. Impact du sujet d'étude sur la discipline infirmière .....	13
1.4. Concepts clefs .....	13
1.4.1. La personne âgée .....	13
1.4.2. Les soins à domicile .....	14
1.4.3. La dépression .....	16
1.5. La dépression de la personne âgée .....	17
1.5.1. Les conséquences de la dépression .....	20
1.5.2. Les traitements de la dépression .....	21
1.5.3. Les échelles d'évaluation de la dépression .....	26
<b>2. Cadre de référence : La théorie de la transcendance de soi (P. Reed, 1991). .....</b>	<b>28</b>
2.1. Introduction .....	28
2.1.1. Pamela G. Reed .....	28
2.1.2. Théorie à spectre modéré .....	28
2.1.3. Les fondements .....	29
2.2. Concepts clefs .....	30
2.2.1. La transcendance de soi .....	30
2.2.2. Le bien-être .....	31
2.2.3. La vulnérabilité .....	31
2.3. Métaparadigmes .....	31
2.4. Outils d'évaluation de la ST .....	32
2.5. Self-Transcendance et dépression de la personne âgée: en pratique .....	33
<b>3. Méthodologie et Analyse .....</b>	<b>35</b>
3.1. PICO .....	35
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion .....	36
3.3. Diagramme de flux .....	37
3.4. Analyse critique des articles .....	38
3.5. Tableau comparatif .....	38
<b>4. Discussion et recommandations .....</b>	<b>42</b>
4.1. Reconnaître et évaluer la dépression .....	42

4.2. Soutien social .....	45
4.3. Améliorer la qualité de vie .....	47
4.4. Traiter la dépression .....	49
4.5. Recommandations.....	52
Conclusion.....	54
Bibliographie .....	56
Annexes .....	I
1. Annexe I : tableau analytique des articles.....	I
2. Annexe II : exemple grille Fortin & Gagnon (2010). .....	XIII
3. Annexe III : échelles d'évaluation de la Self-Transcendance .....	XVI
3.1. Developmental Resources of Later Adulthood (DRLA, Reed, 1986) .....	XVI
3.2. Spiritual Perspective Scale (SPS, Reed, 1987) .....	XVII
3.3. Self-Transcendence Scale (STS, Reed, 1991) .....	XVIII



## Introduction

La dépression de la personne âgée est l'une des problématiques de santé mentale les plus communes chez les personnes âgées. Si commune soit-elle, cette maladie sème le trouble dans la société qui tend à la confondre avec le vieillissement, comme si la dépression était compagne de l'âge ! Peut-être est-ce l'une des nombreuses raisons des prises en soin inadaptées, insuffisantes ou bien souvent inexistantes (Pickett, Raue & Bruce, 2013, p. 278).

Nous, soignants, aurions-nous des freins, des tabous, des réticences ou encore des difficultés à détecter la souffrance psychique et à prendre soin de la personne âgée ? Quel est le poids des idées reçues et des images de la vieillesse véhiculée par notre société ?

La dépression est une maladie grave et mortelle soit parce qu'elle entraîne ou aggrave les comorbidités, soit parce que les personnes se donnent la mort. On estime que sur l'ensemble des suicides, 30% sont des personnes âgées (Rigaud, Gallarda, Zajdenweber, Mangin, Pinard, Guillaumot & al., 2013, p. 4). On sait que ce chiffre donne un pâle aperçu de la situation puisque beaucoup de décès (inattentions, arrêts des traitements etc.) ne sont pas comptabilisés comme étant des « suicides », pourtant, bien qu'ils soient indirects, il s'agit bien de comportements autodestructeurs (Vézina, Cappeliez & Landreville, 2013, p. 12). Il est par ailleurs rare d'entendre parler de cette problématique dans les médias comme si la dépression des aînés n'avait pas besoin d'être traitée, comme si le suicide dans cette tranche de la population n'existait pas...

On comprend donc à quel point la situation est grave ! Paradoxalement, la dépression est une maladie qui se soigne et qui se guérit, si tant est que les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques sont proposés précocement et sont adaptés à la personne.

Parallèlement à cette dépréciation de la personne âgée, à sa mise à l'écart dans la société, de plus en plus d'initiatives voient le jour, prônant une image plus positive de la vieillesse : « la retraite active », « la vieillesse accomplie », « bien vieillir » etc. Il semble que la révolution des aînés soit en marche même si le chemin est long pour changer notre regard.

Les professionnels de la santé doivent être attentifs aux besoins et à la qualité de vie de la personne âgée, ils doivent prendre le temps de réfléchir à une prise en soin efficace et adéquate de la dépression et considérer tous les aspects de la vie de l'individu. Cette démarche de qualité impose de remettre en question les pratiques et de mettre à mal les idées reçues liées à l'âge et à la maladie psychique. Les infirmiers<sup>1</sup> ont une place de choix dans cette problématique et un rôle déterminant dans la détection et la prévention de la dépression.

L'objet de notre étude nous invite à nous poser de nombreuses questions : quelles sont les caractéristiques de la dépression de la personne âgée ? Quels sont les éléments probants de soin ou de guérison apportés par les études ? Quel rôle l'infirmier à domicile détient dans la prise en soin de la dépression ? Comment peut-il prévenir cette maladie ? De quels outils ou de quels moyens dispose-t-il ? Comment peut-il participer à la guérison ? Quelle est l'influence du bien-être, de la spiritualité sur la dépression ? Quels sont les moyens de transcender la maladie ou l'état de vulnérabilité ?

---

<sup>1</sup> Lire également au féminin.

En définitive, la présente étude aura pour but de répondre à la question suivante : comment l'infirmier qui intervient à domicile peut prévenir la dépression et aider la personne âgée à dépasser la maladie pour accéder au bien-être et retrouver une qualité de vie acceptable?

Une première partie, intitulée questions de recherche et problématique s'attachera à décrire les données épidémiologiques de la dépression de la personne âgée afin de mettre en avant la pertinence du sujet et son impact pour la discipline infirmière. Pour bien définir notre sujet d'étude, les concepts clefs seront décrits: la personne âgée, les soins à domicile et la dépression. Nous nous attacherons à définir plus précisément la dépression de la personne âgée en parlant des conséquences de la maladie sur le sujet âgé, les traitements proposés actuellement et les échelles utilisées pour évaluer un état dépressif.

Une deuxième partie introduira le cadre de référence utilisé pour ce travail de Bachelor. La théorie de la Seft-Transcendance (ST), élaborée par P. G. Reed sera décrite à partir des fondements, des concepts clefs et des métaparadigmes. Des points plus pratiques comme les échelles d'évaluation ou des exemples d'applicabilité de la ST nous permettront de mieux saisir l'ancrage sur le terrain de cette théorie.

Une troisième partie, consacrée à la méthodologie nous permettra de saisir la démarche de sélection et d'analyse d'articles de recherche. La revue de littérature sera mise en lien avec la théorie infirmière, ce qui nous permettra d'organiser les idées et les concepts. La reconnaissance et l'évaluation de la dépression, le soutien social, l'amélioration de la qualité de vie et les thérapeutiques sont les principaux axes qui ressortent des articles de recherche.

Enfin, l'analyse minutieuse de ces axes, en regard de la ST nous permettra d'amorcer une discussion et de proposer des recommandations pour la pratique infirmière à domicile.

## 1. Questions de recherche et problématique

### 1.1. Origine et ampleur du problème

La dépression est l'une des maladies les plus courantes du XXI<sup>e</sup> siècle, elle toucherait au niveau mondiale plus de 350 millions de personnes. Très handicapante parmi les troubles de la santé mentale, la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde (l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] [1], 2012). Elle entraîne une grande souffrance en altérant tous les pans de vie d'un individu (vie professionnelle, scolaire, familiale etc.). La dépression est une maladie grave qui peut conduire au suicide.

Avec le vieillissement mondial et rapide de la population, conséquence de l'augmentation de la longévité et du faible renouvellement des générations, la question de la santé mentale de nos aînés se pose. En effet, selon l'OMS entre 2000 et 2050, le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans dans le monde devrait doubler, passant de près de 11% à 22%, soit de 605 millions à deux milliards (OMS [4], 2013).

La dépression concerne une grande partie de la population vieillissante, toujours selon l'OMS elle toucherait 7% des personnes âgées (ibid.). La prise en soin de cette maladie est défailante, elle sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée, «les problèmes de santé mentale sont mal repérés par les professionnels de santé et par les personnes âgées elles-mêmes, et la stigmatisation des maladies mentales fait que les gens sont réticents à consulter [...] les symptômes coïncident avec d'autres problèmes liés à l'âge » (ibid.). Il paraît donc important de reconnaître les symptômes dépressifs spécifiques à la personne âgée et non de considérer ces manifestations comme inhérentes à l'âge.

À l'échelle nationale, l'ampleur du problème s'intensifie, tant au niveau du nombre des âgés dans la population et de l'écart qui se creuse par le non renouvellement des générations que par la prévalence de la maladie dépressive. Selon les projections démographiques cantonales de l'Office Fédérale de la Statistique (OFS), la Suisse verra le nombre de personnes de plus 65 ans augmenter de plus de 60% et le nombre de celles âgées de plus 80 ans augmenter de 80% entre 2005 et 2030 (Schuler & Bürla, 2012, p. 10). Les enquêtes ont révélé que près de 20% de la population générale suisse souffrent de symptômes dépressifs (OFS [3], 2013), et que 42,1% des personnes de plus de 60 ans souffriraient de problèmes psychiques (Natari & Delgrande Jordan, 2012, p. IV).

On peut se demander pourquoi la prévalence de la dépression est plus importante dans les pays riches. Des facteurs comme l'isolement social, la solidarité intergénérationnelle restreinte, le mode de fonctionnement individualiste et la place que la société moderne lui accorde sont sources de difficulté; « la solitude, l'isolement social, les conséquences de la mise à la retraite et la perte de proches jouent un rôle majeur dans le déclenchement des dépressions du sujet âgé. » (Gallarda & Llo, 2000, p. 8). Le sentiment de solitude est ressenti chez 9,1% des aînés (Natari & Delgrande Jordan, 2012, p. 23). Il faut savoir qu'un quart des suicides concernent les personnes âgées (OMS [1], 2012) et parmi tous les suicides, il s'agit de dépression dans 56% des cas (OFS [2], 2013). Traiter la dépression est une priorité !

Aujourd'hui, nous assistons à une réelle prise de conscience de l'impact du vieillissement dans notre société et de l'importance de réfléchir sur les soins à proposer. Le sujet est d'actualité, nous voyons fleurir nombre d'initiatives qui veulent promouvoir la santé des aînées et leurs places dans la société. Prenons par exemple l'année 2012 : l'OMS, lors de « la journée mondiale de la santé » a mis l'accent sur le vieillissement en bonne santé (7 avril). Elle a aussi rédigé un rapport « stratégie et plan d'action pour bien vieillir en Europe 2012-2020 » ([2], 2013). L'Organisation des Nations Unies [ONU] a fêté le 10<sup>e</sup> anniversaire du Plan d'action internationale de Madrid sur le vieillissement (le 6 octobre). La Commission Européenne a choisi en 2012 la thématique du « Vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle » dans le cadre de l'année européenne 2012. *France dépression* a organisé le 1<sup>er</sup> octobre la 10<sup>e</sup> journée européenne de la dépression. Beaucoup d'autres actions ont lieu en Europe et dans le monde pour répondre à ces problèmes de santé publique. Ces journées ont pour but commun de lutter contre la stigmatisation des personnes âgées atteintes de dépression, de promouvoir la santé mentale, d'améliorer les relations entre patients et soignants et de permettre l'accès à la formation de tous les acteurs.

## **1.2. Pertinence du sujet d'étude pour la discipline infirmière**

Ces dernières années ont été marquée par la reconnaissance de la spécificité de la personne âgée et par l'essor de la gériatrie, la gériopsychiatrie et la psychogériatrie (Charazac, 2011, p. 8-11). Dans ces avancées scientifiques, les soins infirmiers ont une place de première importance pour développer les interventions auprès des personnes âgées et pour promouvoir la santé mentale. Les maladies psychiques des personnes âgées revêtent des difficultés de reconnaissance, d'identification, de compréhension et de prise en charge dans leurs manifestations ou expressions (Giordana, Roelandt. & Porteaux, 2010, p. 60). D'autre part, notre revue de littérature nous permet d'avancer qu'il est nécessaire de développer des dispositifs, des outils et des mesures appropriées à la science infirmière pour prendre en soin la personne âgée. L'infirmier à domicile a un rôle fondamental car les soins donnés aux personnes âgées sont souvent l'unique occasion de prévenir ou de détecter une dépression.

Par ailleurs, comme nous le verrons, la majorité des aînés veulent vieillir à domicile. Pour ce qui concerne les sujets en souffrance psychique, les soins domiciliaires doivent répondre à cette double contrainte : pouvoir faire un suivi en santé mentale (acceptation de la maladie, adhérence aux traitements) et permettre à la personne de rester en santé à son domicile. La dépression est traitée prioritairement par les médicaments, mais des problèmes de compliance existent. Il peut s'agir d'une mauvaise prise (excès ou insuffisance augmentant les risques de maladie, de résistances aux traitements et d'interactions médicamenteuses) ou simplement d'un refus (Raue & al., 2011, p. 232 ; Stinson & Kirk, 2005, p. 209). Le suivi médicamenteux de la dépression nécessite impérativement un soutien psychothérapeutique pouvant être réalisé par l'infirmier à domicile. Il doit trouver des solutions pour améliorer la prise en soin de la dépression en soutenant le traitement, en proposant d'autres alternatives si nécessaire, en augmentant le bien-être et en évitant à tout prix la chronicisation ou l'aggravation de la maladie.

### **1.3. Impact du sujet d'étude sur la discipline infirmière**

Les soins domiciliaires sont une solution pour répondre à la fois aux politiques économiques de santé et aux demandes des personnes concernant leur qualité de vie (rester vivre à domicile malgré les limitations liées à l'âge). On sait que la dépression est beaucoup plus fréquente chez les personnes âgées placées en établissements médicaux-sociaux [EMS], elle serait environ quatre fois plus élevée selon Haugan, Rannestad, Garasen, Hammervold et Espnes (2012) et 10 à 25% selon Butler et Quayle (2007) que chez celles vivant à domicile (9 à 10% selon Butler & Quayle, 2007). Un traitement adapté et efficace de la dépression associé à une prise en soin global du sujet âgé a notamment pour conséquence un maintien de l'autonomie et donc une diminution du placement en institution et des hospitalisations (Haute Autorité de Santé [HAS], 2007, p. 58).

Il faut savoir que les soignants intervenant à domicile sont souvent confrontés à la difficulté de prendre en soin la dépression de la personne âgée. Ils sont d'ailleurs rarement « missionnés » pour cette raison alors que souvent la dépression est souvent à l'origine de la demande de soin. Il est donc facile de passer à côté du problème. Il est important de savoir que les personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile ont plus de dépression (26 à 44%) dont les formes sont plus sévères (Markle-Reid & al., 2011, p. 2). C'est pourquoi, il semble nécessaire et impératif de développer des recherches dans ce domaine.

Cette présente étude approche la prise en soin de la dépression de la personne âgée à l'aide de la théorie de la transcendance de soi. Il s'agit d'une théorie infirmière, à spectre modéré c'est-à-dire bénéficiant d'un degré d'abstraction suffisamment important pour permettre une liberté dans ses champs d'application et suffisamment concrète pour permettre une facilité d'opérationnalisation. Les théories infirmières permettent de fournir un éclairage différent sur une situation, facilite la compréhension des situations de santé et de maladie des personnes, suggère des interventions et explique l'efficacité de ces interventions (Dallaire, 2008, p. 243).

### **1.4. Concepts clefs**

Avant de pouvoir amorcer une réponse à notre question de recherche initiale, il est nécessaire de détailler les concepts clefs qui faciliteront la recherche documentaire ultérieure. Nous nous attèlerons à définir la personne âgée, les soins à domicile et la dépression. Nous nous arrêterons davantage sur la dépression de la personne âgée qui revêt des formes et des significations particulières. Ces concepts sont précisés selon l'angle des disciplines de la psychologie, de la sociologie, des sciences médicales et des sciences infirmières.

#### **1.4.1. La personne âgée**

Il n'y a pas de consensus pour définir la personne âgée, le sénior, le troisième et quatrième-âge ou encore le grand âge. Il est clair que cette population est très hétérogène du point de vue de son état de santé, de ses besoins, et de ses exigences face au système de santé. Dans les mentalités collectives, l'entrée dans la vieillesse correspond souvent à la prise de la retraite mais c'est une construction purement sociale et péjorative de cette étape de vie qui est vue comme un retrait de la vie active. L'OMS a pour habitude lorsqu'il s'agit de personnes âgées de se référer à l'âge de 65 ans et plus. Dans la majorité des

études<sup>2</sup>, on retrouve cet âge. Pour les gériatres, même si le critère âge ne suffit pas, la limite se situe à 75 ans voire 80 ans pour certains (Lacoste & Trivalle 2005, p. 9). En bref, la vieillesse se définit selon plusieurs critères (physiques, mentales, sociétales etc.) et sa définition évolue selon les époques, les cultures et l'espérance de vie. Par souci de clarté et pour délimiter la population cible de ce travail, il est nécessaire de se référer aux études sur lesquelles il s'appuie. C'est pourquoi, nous prendrons en compte toutes les personnes âgées de 65 ans et plus. Bien sûr, ce n'est pas sans oublier toute la richesse et l'hétérogénéité de la vieillesse qui est avant tout un processus et une expérience plutôt qu'un âge chronologique qui n'est qu'un marqueur.

#### **1.4.2. Les soins à domicile**

La présente étude s'intéresse au dépistage et à la prise en soin de la dépression à domicile. Le domicile est le lieu de vie de la majorité des personnes âgées. Il est clair que la majorité des personnes âgées est en bonne santé et vit de manière autonome à domicile, même parmi les plus âgés. En effet, « près des deux tiers [des aînés de plus de 80 ans] vivent à domicile sans aide et prenant spontanément leur santé en charge » (Secrétariat du Grand Conseil, RD 952, 2012, p. 8). Cependant, environ une personne âgée sur cinq a recours à l'aide et aux soins à domicile. Plus précisément, 10% des personnes de 75 à 85 ans et 30% parmi celle de 85 ans et plus ont des soins à domicile (OFS [1], 2013, p. 28). Environ 75% des clients de l'Institut pour le Maintien à Domicile (IMAD) à Genève ont plus de 65 ans (OFS [4], 2013, p. 1). Selon Pickett, Raue et Bruce (2013), la dépression majeure affecte une personne sur sept dans les soins à domicile, elle est la plupart du temps inaperçue ou mal traitée et conduit à de moins bons résultats fonctionnels et de santé et des coûts de santé plus élevés (p. 289).

Viellir chez soi est « le souhait de la plupart des personnes avec l'espoir que la qualité de vie sera conservée le plus longtemps possible » (Mauriat & al., 2009, p. 82). Le domicile est le cadre de vie naturel de la personne âgée, il permet de conserver les repères et les habitudes rassurantes, de préserver la qualité de vie, et d'avoir plus largement recours à l'aide informelle (familles, voisins, commerçants etc.). Pour toutes ces raisons, le maintien à domicile permet d'engager des économies importantes, c'est pourquoi il est la priorité des politiques de santé (Secrétariat du Grand Conseil, RD 952, 2012). D'un autre côté, le domicile peut aussi être source de difficultés, l'isolement, la fatigue des proches-aidants, le risque de chute etc. (Butler & Quayle, 2007, p. 26). Les métiers des domaines médicaux, paramédicaux et sociaux doivent prévenir ces difficultés afin de préserver la qualité de vie de l'ainé. Il est important de savoir que les soins domiciliaires sont de plus en plus confrontés à la complexité des interventions dans lesquelles différentes problématiques -médicales, sociales et psychologiques- sont présentes et s'intriquent les unes aux autres (Diefenbach & al., 2011, p. 830). Il est difficile pour l'intervenant d'aborder l'ensemble de ces aspects.

L'isolement par exemple est une conséquence d'un problème d'origine multiple (maladie, financier, sociétal etc.). Il est l'une des problématiques majeures mis en avant, «ce sont les personnes âgées, démunies, vivant seules et peu

---

<sup>2</sup> Cf. bibliographie, p. 56-60.

mobiles qui en sont les premières victimes » (Secrétariat du Grand Conseil, RD 952, 2012, p. 28). L'isolement et les symptômes dépressifs sont souvent associés (Van Rompaey, 2003, p. 33). D'ailleurs, un des axes stratégiques du rapport est « de prévenir pour vieillir en santé » et pour cela il est nécessaire « de soutenir les projets en renforçant l'intégration sociale afin de prévenir l'isolement et la survenue de dépression [...] » (Secrétariat du Grand Conseil, RD 952, 2012, p. 28).

En lien avec l'orientation des politiques de santé et avec l'augmentation de la population âgée, l'accroissement annuel des besoins en matière d'aide et des soins à domicile est estimé à 4% pour la période 2012-2015 (ibid.). C'est pourquoi, il est nécessaire de penser des soins pertinents pour permettre cette « vieillesse en santé », et la réflexion autour de la dépression est une priorité. Pour cela des outils d'évaluations des besoins et de l'aide se développent. Le Resident Assessment Instrument Home Care (RAI-HC) est le principal exemple de l'évolution des soins domiciliaires.

Le RAI-HC est née d'une réforme réalisée aux Etats-Unis dans les années quatre-vingt pour les soins de longue durée. Le but était d'établir des standards de prise en charge des résidents dans les institutions : le RAI-NH (Nursing Home). Le RAI est un outil informatisé relié par une plateforme commune qui permet des évaluations fiables et valides à un niveau international et interdisciplinaire et qui répondent aux exigences légales. Le RAI a connu une diffusion internationale qu'on nomme le réseau interRAI<sup>3</sup> et qui compte aujourd'hui plus de 30 pays, (Seematter-Bagnooud & al., 2013, p. 9-10). Depuis, de nombreux modules se sont développés dans tous les domaines (psychiatrie, soins aigus, soins palliatifs etc.) dont les soins à domicile : RAI-HC (Home Care). Ce dernier a pour population cible les personnes de 65 ans et plus.

Au niveau national, la majorité des organisations d'aide et de soins à domicile utilise dans la pratique le RAI-HC depuis 2003.

Plus concrètement, il se compose de cinq parties (RAI-HC Suisse, 2010) :

- les données administratives ;
- le module ménage ;
- le Minimum Data Set (MDS-HC)<sup>4</sup> ;
- l'évaluation à la sortie<sup>5</sup> ;
- le catalogue des prestations.

La mise en place de ce système s'accorde avec l'expansion actuelle des soins à domicile et le besoin d'améliorer l'efficacité des prestations. Il revêt plusieurs avantages : des bénéfices pour le client (soins plus efficaces et adaptés) ; un langage commun permettant la standardisation des données et la collaboration interprofessionnelle ; le fondement d'une promotion de la qualité centrée sur le client et la possibilité de faire des recherches (données statistiques disponibles) (RAI-HC Suisse, 2010). Certains inconvénients peuvent être soulevés comme une priorisation parfois inappropriée des problèmes, un financement qui peut être inadéquat, une formation obligatoire de base pour utiliser le programme et la nécessaire motivation des collaborateurs (Seematter-Bagnooud & al., 2013, p. 18).

---

<sup>3</sup> [interrai.org](http://interrai.org)

<sup>4</sup> Le MDS-HC est l'instrument central du RAI, il permet l'évaluation globale de la personne (état physique, état psychique, niveau de dépendance, environnement social, traitement et motif de soins) et sert de base à la planification des soins et de l'aide.

<sup>5</sup> Surtout dans un but statistique.

À savoir, que l'utilisation du RAI en Suisse n'est qu'à ses débuts, les données publiées concernant son efficacité sont rares.

D'autres modèles, similaires et comparables ont été développés en Suisse et dans d'autres pays, sans rentrer dans les détails, nous pouvons citer the Outcome and Assessment Information Set (OASIS), que nous retrouverons dans certains de nos articles de recherche.

Enfin, pour clore ce chapitre, notons que les intervenants à domicile doivent aussi faire face au refus d'aide : « les situations de refus sont mal vécues par ces derniers qui parfois remettent en cause la personne âgée ou son entourage et leur réactions peuvent mettre à mal l'autonomie, la vie privée et la dignité de la personne âgée » (Mauriat & al., 2009, p. 83). Les soignants doivent pouvoir accepter ou dépasser ces refus tout en s'engageant éthiquement à faire « au mieux ».

### 1.4.3. La dépression

La dépression est une notion vaste qui regroupe un groupe hétérogène de troubles dépressifs allant d'une forme légère à sévère avec associations d'autres troubles. Autant pour le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V, 2013) que pour la Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10, 1994), le premier signe d'une dépression est une perte d'intérêt ou du plaisir (critères particulièrement significatifs) qui s'accompagne ou non de troubles psychiques (sommeil, alimentation...), somatiques (amaigrissement, douleurs chroniques...), ou neurologiques (concentration, attention...) qui déterminent la gravité de la maladie. Ces troubles doivent persister depuis plus de deux semaines.

Plus précisément, pour le DSM-V (2013), la dépression ou l'épisode dépressif majeur est :

« [...] cinq (ou plus) des symptômes suivants sont présents au cours des deux dernières semaines et représentent un changement de fonctionnement [...] au moins un des deux symptômes est présent : une humeur dépressive et une perte d'intérêt ou de plaisir :

Une perte de poids significative [...] ; une insomnie ou hypersomnie [...] ; une agitation psychomotrice [...] ; une fatigue ou baisse de l'énergie [...] ; un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée [...] ; une diminution de la capacité à penser ou à se concentrer [...] ; un sentiment récurrent de mort, des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou une tentative de suicide ou un plan précis pour se suicider [...].» (Traduction libre, p. 160-162).

Pour le CIM 10 (1994), dans l'épisode dépressif, le sujet :

«[...] présente habituellement un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, et une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité [...]. Cet épisode s'accompagne souvent d'une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, une perturbation du sommeil, une diminution de l'appétit [...]. Une durée de deux semaines est habituellement exigée pour



le diagnostic d'épisode dépressif quelle que soit l'intensité (légère, moyenne ou sévère) de celui-ci. » (p. 106-p.107).

Comme nous venons de le voir, la conséquence d'une dépression est la perte d'intérêt ou du plaisir qui se traduit en terme de diagnostics infirmiers comme une « perte de l'élan vital ». Ce diagnostic se définit comme « une détérioration fonctionnelle progressive de nature physique et cognitive ; une diminution importante de la capacité à vivre avec les maladies affectant plusieurs systèmes, de faire face aux problèmes qui en découlent et de prendre en charge ses soins » (Nanda international, 2009, p. 453). Les caractéristiques énumérées de la perte de l'élan vital sont :

« Anorexie, perte de poids, détérioration physique (fatigue, déshydratation, incontinence urinaire et fécale) exacerbation fréquente de troubles chroniques, détérioration cognitive (réactions inappropriées aux stimuli de l'environnement, difficulté à raisonner, à prendre des décisions, à juger, à mémoriser et à se concentrer, diminution de la perception), diminution des capacités de socialisation, retrait social, néglige ses responsabilités financières, diminution de la participation aux activités de la vie quotidienne, détérioration des soins personnels, néglige son domicile, apathie, modification de l'humeur, exprime une perte d'intérêt pour certains plaisirs servant d'exutoire, verbalise le désir de mourir. » (p. 453-454).

### **1.5. La dépression de la personne âgée**

La dépression de la personne âgée est souvent peu traitée et sous-diagnostiquée car elle peut s'exprimer différemment par rapport aux adultes jeunes. Elle prend des allures particulières non spécifiées par les manuels diagnostics (DSM-V, 2013, CIM-10, 1994). Ces manuels peuvent nous faire penser qu'une catégorie diagnostique de la dépression de l'âge avancé n'existerait pas. Effectivement, on dit bien qu'une « dépression est identique à tous les âges » et les caractéristiques des symptômes dépressifs restent similaires tout au long de la vie. Toutefois, dans l'âge avancé, il faut être prudent et attentif pour diagnostiquer ou écarter cette maladie. Comme le disent Vézina, Cappeliez & Landreville, (2013), « le clinicien [...] doit réussir à surmonter plusieurs écueils afin de différencier le vrai trouble de l'humeur des changements normaux du vieillissement. » (p. 146). Méconnaître la dépression chez le sujet âgé c'est aussi prendre le risque de confondre l'éprouvé du tragique existentiel avec la maladie dépressive. On peut alors déboucher sur deux impasses : « l'abstention thérapeutique [...] ou le risque de prescription en excès face à des plaintes ou des modifications comportementales, en dehors de tout processus pathologique » (Gallarda & Léo, 2009, p. 270). Les traitements médicamenteux prescrits chez la personne âgée ne sont souvent pas appropriés, les difficultés diagnostiques conduisent à une sous prescription d'antidépresseur et une sur prescription de benzodiazépines liée aux signes anxieux souvent présents (HAS, 2007, p. 17). De plus, une fois prescrit, le traitement antidépresseur doit être réévalué « en raison de résistance nécessitant parfois un changement de médicament antidépresseur, qui doit être poursuivi pendant plusieurs mois » (ibid.).

Chez la personne âgée, il est nécessaire de prendre en compte les multiples facteurs qui « modifient l'expression symptomatique de la dépression, [et les autres] au contraire [qui] en accroissent l'intensité » (Gallarda & Léo, 2009, p.

271), c'est-à-dire avoir un œil aiguisé sur la situation problématique pour pouvoir la détailler correctement. D'autres auteurs insistent sur la traduction clinique particulière de la dépression chez la personne âgée, « la tristesse n'est pas toujours apparente derrière les traits figés d'une personne âgée, la douleur morale est rarement exprimée » (Thomas & Hazif-Thomas, 2008, p. 143). Les plaintes subjectives (sensation d'atteinte intellectuelle, impression de perte de mémoire) seraient les principaux signes d'alarme.

Le sujet âgé qui souffre de dépression va souvent présenter des signes d'appel : plaintes somatiques (1 cas sur 3), perte d'intérêt, apathie voire stupeur, hostilité, anxiété, délire (HAS, 2007, p. 58). Selon Rigaud et al. (2005) 60% des personnes âgées déprimées ont des plaintes somatiques, des troubles cognitifs ou anxieux au premier plan (p. 264). Il faut avoir à l'esprit que le sexe féminin, l'histoire familiale (antécédents de maladie psychique), le niveau socio-économique défavorisé, les comorbidités, la perte d'indépendance, certains médicaments, des antécédents d'abus de substance, la solitude et le manque de support social sont les principaux facteurs de risque pour développer une dépression en fin de vie (Tanner, 2005, p. 146). De plus, Gallarda et Llo (2008) mettent en garde que l'avancé en âge n'est pas en soi un risque accru de faire une dépression, c'est la comorbidité somatique qui accroît le nombre de nouveaux cas de dépression : « un sujet âgé ou très âgé qui serait indemne d'affection somatique n'est pas plus exposé à souffrir de dépression qu'un sujet d'âge moyen » (p. 271). C'est pourquoi, il est nécessaire de penser à effectuer des bilans complémentaires (hormone stimulant la thyroïde, calcémie, natrémie, numération sanguine, créatinémie etc.) afin d'éviter les pièges cliniques (HAS, 2007, p. 58).

Enfin, la maladie mentale et plus particulièrement la dépression souffre d'idées reçues et de préjugés qui peuvent venir à la fois de la personne malade comme du soignant. Aussi, selon Rigaud et al. (2005) 43% de patients sont dans le déni de leur dépression (p. 264).

Pour résumer, le tableau ci-dessous relève les principaux signes d'appel ou spécificités de la dépression de l'âge et les facteurs de risque de développer une dépression :

Signes d'appel ou spécificités	Facteurs de risque
Anxiété	Antécédents familiaux de dépression
Douleur morale peu exprimée	Milieu socio-économique défavorisé
Plaintes somatiques (douleurs)	Comorbidités somatiques
Plaintes mnésiques	Perte d'indépendance
Hostilité	Certains médicaments
Troubles cognitifs	Antécédents d'abus de substance
Apathie	Solitude
Perte d'autonomie	Sexe féminin

Succinctement, les principales formes de dépression à l'âge avancé sont les suivantes:

-La dépression avec des troubles somatiques est caractérisée par des manifestations somatiques revêtant principalement une forme algique. C'est le versant masqué de la dépression qui s'exprime par le corps à défaut d'autres formes de communication. Le soignant doit être attentif à la multiplication des

plaintes somatiques et aux douleurs diffuses. Il s'agit d'un cercle vicieux ; les limitations dans les activités de la vie quotidienne dues aux maladies physiques peuvent déclencher ou accroître des problèmes psychiques. Inversement les troubles physiques s'aggravent lors de la maladie dépressive (isolement, perte d'appétit, manque de sommeil etc.). La dépression peut donc être intriquée à des problèmes organiques. Les pathologies somatiques chroniques, asthéniantes, handicapantes ou douloureuses retentissent avec le temps sur la thymie des personnes âgées : « les somatisations sont fréquentes chez elles, par carence d'écoute authentique [...] par incapacité à élaborer ses tensions intérieures » (Thomas & Hazif-Thomas, 2008, p. 147-148).

-La pseudodémence dépressive se manifeste par des plaintes mnésiques et des troubles de la concentration. Cette forme de dépression pseudodémentielle montre l'importance de la relation entre la démence et la dépression. Il s'agit d'une dépression masquée faisant référence à des « syndromes démentiels d'installation brutales, curables par des traitements » (Gallarda & Lôo, 2009, p. 272). C'est la réversibilité totale des troubles cognitifs ou psychocomportementaux qui indique la dépression sous-jacente. Sans prise en soin adéquate, la maladie évolue dans un cercle vicieux dans lesquels la dépression et les troubles cognitifs s'aggravent mutuellement.

-La dépression avec déficit dysexécutif (SDD) est un tableau de dépression avec un repli sur soi, des difficultés de planification du quotidien et rapidement l'apparition de troubles cognitifs. Elle est caractérisée par des altérations psychomotrices marquées, avec un désinvestissement pour les activités de la vie quotidienne, un désintérêt pour l'environnement et pour l'entourage. Les antidépresseurs sérotoninergiques ne sont pas efficaces (Thomas & Hazif-Thomas, 2008, p. 144).

-La dépression avec des caractéristiques psychotiques peut soit être la complication possible d'une psychose latente, soit le signe d'appel d'une dépression. Dans les deux cas, ces types de dépression sont souvent sévères et résistantes aux antidépresseurs avec un pronostic vital engagé (Thomas & Hazif-Thomas, 2008, p. 145). Lorsque la dépression est le mode d'expression d'une psychose tardive, la démotivation et l'apathie prédominent (ibid.), elle évolue sévèrement vers une mélancolie. Dans le deuxième cas, lorsque la dépression s'accompagne « d'idées délirantes, en particulier de préjugés, ou d'hallucinations », il peut s'agir soit d'un sujet fragile, poly médicamenté, soit il s'agit de la maladie à corps de Lewy, ou d'un syndrome de Cotard. C'est alors une urgence psychogériatrique (ibid.).

À ces spécificités de diagnostic de la dépression de la personne âgée, nous pouvons enoncer trois autres expressions de souffrance psychique qui sont, selon les études, soit vu comme une catégorie spécifique, soit qui peuvent être rapprochées de la maladie dépression (symptomatologie, lien de causalité et étiopathologie comparables). Par leur fréquence d'apparition, il semble nécessaire de les relever.

-Le trouble de la motivation ou la dépression de forme conative est un manque d'implication de la personne âgée dans son adaptation et son bien-être

psychologique. C'est un mécanisme actif qui conduit à la perte de toutes potentialités (Thomas & Hazif-Thomas, 2012 [1], p. 15). La conation traduit l'élan vital. La démotivation « se manifeste au travers d'un émoussement de l'engagement dans l'action, d'une résignation, d'un repli sur soi, perturbant ainsi l'adaptation et le bien-être psychologique de l'individu » (Altintas & Guerrien, 2009, p. 119).

-Le syndrome de glissement a pour code diagnostique « sénilité » dans le CIM-10 (1994). Il est marqué par son caractère brutal et son évolution rapide chez les plus de 80 ans, il fait suite à un facteur déclenchant (une maladie, un événement perturbant). Il associe des signes physiques (anorexie, adipsie, dénutrition, déshydratation, troubles sphinctériens) et psychiques (repli, clinophilie, refus alimentaire, refus de soins, mutisme) (Weimann Péru & Pellerin, 2010, d. 2). Le syndrome de glissement est une réaction traumatique face à de multiples facteurs de stress dont le principal est le défaut de soutien. D'ailleurs une étude originale met en parallèle ce syndrome et la dépression du nourrisson dont il voit en commun le défaut d'étayage et amorce une réflexion autour des soins quotidiens (Ibid. d. 7).

-L'anxiété n'est pas à proprement parlé une forme dépressive mais un symptôme qui se retrouve dans toutes les dépressions. L'angoisse dépressive est surtout matinale (Thomas & Hazif-Thomas, 2008, p. 149). Ce symptôme peut masquer la dépression et être souvent traité en tant que tel chez le sujet âgé (Gallarda & Lôo, 2009, p. 273). On sait que les tranquillisants sont particulièrement délétères pour la personne âgée car ils augmentent la chronicisation de la maladie et le risque suicidaire. Il faut savoir que les troubles anxieux ou « décompensations névrotiques » sont en diminution avec l'avancée en âge (Giordana & al., 2010, p. 62). Ainsi, l'installation brutale de signes d'anxiété chez la personne âgée peut constituer un indicateur de dépression.

### **1.5.1. Les conséquences de la dépression**

Les symptômes dépressifs chez l'âgé conduisent à des conséquences multiples puisqu'ils touchent simultanément les sphères sociales, économiques, familiales et sociétales des individus. En effet, il est avéré que les personnes âgées en dépression ont environ deux fois plus de besoin de service à domicile et de besoin de transport, ils ont presque deux fois plus d'hospitalisation et ils ont plus de risque d'être en résidence pour personnes âgées, ils consomment davantage de médicaments et reçoivent plus souvent des consultations médicales (Luppa & al., 2012, p. 297).

La personne âgée souffrant de dépression a un risque accru de chroniciser sa maladie (environ 33% selon Thomas & Hazif-Thomas, 2008, p. 148) du fait de résistance aux traitements pharmaceutiques plus importants ou de mauvaises indications de traitement. Dans ce cas, la personne s'expose aux troubles cognitifs puisque la maladie à long terme entraîne des altérations mnésiques (ibid.). La dépression s'accompagne de démotivation et d'apathie, de ralentissements psychomoteurs (ibid.) augmentant davantage l'isolement social par l'appauvrissement des relations avec l'environnement (ibid., p. 154).

Les personnes déprimées âgées ont un risque accru de chuter à domicile (Byers & al., 2008) entraînant des problèmes somatiques parfois précurseurs d'un

syndrome de glissement. Les conséquences somatiques de la dépression entraînent une perte d'autonomie renvoyant au cercle vicieux exposé ci-dessus. La qualité de vie de la personne souffrant d'une dépression s'effondre, par manque de soutien (fatigue des proches-aidants), l'ainé n'est plus en capacité de gérer sa santé, il adhère moins aux traitements des comorbidités, ne se nourrit plus correctement, présente des négligences corporelles, et ne traite plus sa douleur (Tanner, 2005, p.148). La surmortalité non liée au suicide devient alors importante (Butler & Quayle, 2007, p. 26).

Une conséquence touche aussi l'entourage puisque la dépression augmente le risque de fardeau de l'aidant (Pickett & al., 2013, p. 273). Le proche est aussi plus à risque de développer à son tour une dépression ou d'autres maladies liées à la fatigue, au stress et à l'épuisement de ses ressources.

Enfin le risque de suicide est la conséquence dramatique et fréquente de la personne âgée dépressive (Butler & Quayle, 2007, p. 26). En effet, le suicide est un réel problème de santé publique et le risque augmente sérieusement chez les plus de 65 ans. Le suicide devient de plus en plus fréquent au fur et à mesure qu'on avance en âge (Giordana, Roelandt & Porteaux, 2010, p. 62). Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la population la plus à risque de décès par suicide, en particulier lorsqu'elles souffrent de dépression. Environ 30 % des suicides concernent les personnes âgées dont 56 % sont la conséquence d'une dépression (Rigaud, Gallarda, Zajdenweber, Mangin, Pinard, Guillaumot & al, 2013, p. 4). Les auteurs rappellent par ailleurs le problème de sous-estimation des taux de suicide chez l'âgé, les conduites ou équivalents suicidaires comme l'inattention volontaire ou l'arrêt d'un traitement par exemple ne sont pas comptabilisés comme « suicide ».

### **1.5.2. Les traitements de la dépression**

Avant de nous attacher à la description des traitements, il est important de rappeler la spécificité de la médication de la personne âgée. Les modifications pharmacocinétiques (biodisponibilité) et pharmacodynamiques, la polymédication (risque d'interactions) sont à prendre en compte dans l'avancée en âge. La réponse thérapeutique varie selon les individus entraînant un sur ou sous dosage et des effets secondaires trop importants. Ne pas considérer correctement ces particularités c'est mettre en échec le traitement voire aggraver l'état de la personne. Le domaine de la gériatrie est aujourd'hui reconnu comme une science à part entière, il n'est plus possible de soigner l'ainé comme un adulte ! (Charazac, 2011, p. 4-13). Un sujet âgé a une réserve fonctionnelle d'organes vitaux réduite par l'avancée en âge, par l'existence de plusieurs maladies chroniques, et donc par la prise de différents traitements médicamenteux. L'approche par monopathologie doit être dépassée et une prise en charge globale doit être privilégiée.

Selon la méta-analyse de Pickett et al. (2013), seulement 21,9% des patients souffrant de dépression reçoivent un traitement antidépresseur à domicile, et aucun ne bénéficie d'une psychothérapie. Plus de 40 % de ces patients traités reçoivent un traitement inadéquat à cause d'un sous-dosage, d'un refus du patient ou encore par non adhésion du médecin qui ne suit pas les lignes directrices sur des données probantes (p. 279).

## Les traitements pharmacologiques

Les études indiquent clairement l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression de la personne âgée (Gallarda & L  o, 2009, p. 276). Les auteurs relèvent des différences d'efficacité selon la classe des antidépresseurs qu'ils mettent en lien avec des facteurs de variabilité interindividuelles (polymédication, modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques observées avec l'avancée en âge). Certains antidépresseurs ont des effets sédatifs anxiolytiques, d'autres des effets psychotoniques d  sinhibiteurs, d'autres encore des effets médians (Hervy, Molit  ir, Beguin, Chahbenderian & Farah, 2005, p. 146). Sans rentrer dans les détails, nous nous contenterons d'exposer les quatre principaux groupes d'antidépresseurs :

-Les imipraminiques (tricycliques) (anafranil  , Sinequan   etc.) ne sont pas recommandés chez le sujet de plus de 70 ans (HAS, 2007, p. 58)    cause de leurs effets secondaires trop importants et invalidants : sédation, troubles confusionnels, troubles de la conduction cardiaque, hypotension orthostatique, rétention urinaire, constipation (Hervy & al., 2005, p. 147).

-Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO sélectifs ou non), la classe des non sélectifs irréversibles (Marsilid  ) est peu utilisée en gériatrie, lui préférant les sélectifs réversibles (Moclamine  ). Son action anticholinergique les rend plutôt stimulant. L'hypotension est l'effet indésirable le plus marqué (Tourtauchaux, Darcq, Schmitt, Vaille-Perret & Jalenques, 2004).

-Les antidépresseurs de mécanisme pharmacologique diff  rent (athymil  , Norset  , Stablon   etc.) est un groupe disparate dans lequel on observe des variations importantes concernant les intérêts, les tolérances, les effets indésirables etc. Il est à noter que bien souvent, il n'existe pas encore d'études contrôlées spécifiques au sujet âgé.

-Les inhibiteurs spécifiques de recapture de la sérotonine (ISRS : Seropram  , prosac  , deroxat  , zoloft  , cipramil  ) et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) sont souvent utilisés en première intention chez le sujet âgé, leur bonne tolérance a permis une utilisation fréquente en psychogériatrie (ibid.). Mais ces antidépresseurs ne sont pas dénués d'interactions médicamenteuses (l'anti-vitamine K et les anti-arythmiques principalement) et d'effets indésirables réels (hypotension orthostatique, hyponatrémie, syndrome sérotoninergique) qu'il est important de connaitre. Au sein de cette même famille, les ISRS présentent des particularités individuelles, il existe des différences notables du point de vue de la pharmacocinétique, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses (Spinewine, 2012, d. 8).

D'autres traitements médicamenteux peuvent être associés à un antidépresseur comme les anxiolytiques ou les neuroleptiques :

-Les anxiolytiques (benzodiazépines): n'ont pas d'effet antidépresseur, « la place des benzodiazépines est limitée uniquement à l'anxiété récente avec retentissement important et balance bénéfice/risque en faveur du traitement » (HAS, 2007, p. 59). Ils peuvent éventuellement être prescrits en tout début de traitement si l'anxiété est dominante (Spinewine, 2012, d. 13). Mais leur utilisation doit être prudente et circonscrite chez le sujet âgé car ce médicament augmente le risque de dépendance et de chute. Prudence qui semble rarement respectée dans la médecine actuelle (HAS, 2007, p. 17).

-Les neuroleptiques: n'ont pas une indication valable, sauf cas très particulier (Spinewine, 2012, d. 13).

Spinewine (2012, d. 15-22) détaille dans son étude des recommandations générales dont nous exposons les grandes lignes ci-dessous :

Il faut débiter le traitement avec une dose faible et augmenter progressivement jusqu'à la dose thérapeutique. Il est nécessaire de respecter les horaires d'administration de l'antidépresseur : le soir, si l'antidépresseur a un effet sédatif et le matin pour les autres. Si l'état du malade ne présente pas d'amélioration après six à huit semaines de traitement par antidépresseur, celui-ci doit être modifié (HAS, 2007, p. 58). Il faut minimum six semaines pour évaluer l'efficacité du traitement. La réponse au traitement peut prendre dix à douze semaines, à savoir que le délai est plus long chez la personne âgée. Les effets secondaires apparaissent donc souvent bien avant que les bénéfices du traitement. Il faut être patient et persévérant et tout mettre en œuvre pour permettre l'adhérence au traitement.

Parallèlement, Gallarda et Lôo (2008, p. 275) décomposent le traitement de la dépression en trois phases qui donnent des points de repère pour le suivi de la personne âgée : le traitement d'attaque (rémission symptomatique d'une durée de deux à trois mois), le traitement de consolidation (pour réduire le risque de réapparition des symptômes dépressifs, entre quatre à six mois) et le traitement de maintenance (pour prévenir la survenue de nouveaux épisodes dépressifs). Selon l'auteur, la dernière phase revêt une importance particulière pour le sujet âgé en raison de l'augmentation du taux de récurrences et de suicide, de la fréquence des comorbidités et du handicap fonctionnel.

## **Principales psychothérapies**

À nouveau, dans ce chapitre, nous sommes confrontés au peu d'études existantes sur l'efficacité des interventions psychothérapeutiques, des thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies systémiques ou encore d'autres formes de thérapies moins connues (réminiscence, résolution de problèmes etc.) sur les personnes âgées. En effet, « il n'existe pas de recommandation sur l'adaptation de ces techniques au sujet âgé » (HAS, 2007, p. 59)

**-Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique :** comme le dit Ferrey (cité dans Gallarda & Lôo, 2008 p. 278) « la vie affective est superbement intemporelle » c'est pourquoi ce genre de thérapie s'adresse à toutes les personnes et à tous les âges. À l'aide de la parole libre et de l'écoute active, authentique, le patient peut donner du sens à son existence à travers les questionnements identitaires et le travail de réminiscence biographique (ibid.). Les auteurs précisent que pour la personne âgée, la notion de temps prend une connotation particulière par la perception de sa finitude. Ce temps qui reste à vivre peut motiver le fonctionnement de la personne. Ce type de thérapie pourra s'attacher plus particulièrement à travailler l'élaboration de la perte, de l'identité, le problème du temps, et l'ouverture vers la sublimation.

**-Les thérapies cognitivo-comportementaliste (TCC) :** n'ont pas pu montrer de résultat concluant chez la personne âgée malgré les preuves scientifiques de l'efficacité chez l'adulte (ibid.). Bien que les auteurs aient été confrontés à des

limitations méthodologiques, il est clair que la participation active demandée pour un tel traitement peut être un frein pour faire adhérer la personne âgée.

**-La thérapie de résolution de problèmes** : a été développée dans les années quatre-vingts par des psychologues américains (Nezu & Perri, 1989) pour aider la personne à développer ses capacités adaptatives face aux expériences stressantes de la vie. Cette approche est issue de la tradition cognitivo-comportementale. Nezu et Perri développent un module qui souligne l'importance des déficiences de résolution de problème dans l'étiopathologie des troubles dépressifs majeurs. Il y a une corrélation entre l'inefficacité de la résolution de problèmes et la dépression. Pour la dépression du grand âge, une version française a été adaptée (Capber A., 2013). On observe une baisse significative de la dépression chez les personnes âgées ayant bénéficié de l'apprentissage de la résolution de problèmes (Poinsot & Antoine, 2008). Cette thérapie adaptée pour le sujet âgé se réalise en groupe ou en individuel et comprend sept étapes : sélectionner et définir le problème ; établir des buts réalistes et réalisables ; mettre en place des solutions alternatives ; élaborer la démarche de prise de décision ; évaluer et choisir les décisions ; exécuter la solution préférentielle et évaluer le résultat (Capber, p. 4). L'auteure précise que cette thérapie s'adresse aux dépressions modérées.

**-La thérapie par réminiscence** : permet de prendre des moments pour se souvenir, penser et parler de sa vie. Elle revêt différentes méthodes, en groupe ou en individuel, avec des entretiens structurés ou libres. Selon Caza (2013), la réminiscence est un acte naturel et universel qui a huit fonctions : l'identité, la résolution de problème, l'instruction/la formation, la conversation, le regain d'amertume, la réduction de l'ennui, la préparation à la mort et le maintien de l'intimité (p. 83). Pour ce faire, un cadre méthodologique peut être proposé en cinq étapes : les antécédents, l'évaluation individuelle; l'établissement de buts thérapeutiques ; le choix de la modalité de la thérapie de réminiscence et la mesure des résultats (Stinson & Kirk, 2005, p. 212). La réminiscence est une norme de pratiques infirmières selon The American Nurses Association (ANA), elle est définie dans le Nursing Intervention Classification (NIC) comme « l'utilisation du rappel des événements, des pensées et des émotions passés afin de faciliter l'adaptation aux circonstances actuelles » (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochterman, 2010, p. 772)

### **Autres traitements principaux**

**-La luminothérapie** : est une thérapie qui consiste à s'exposer à une lumière blanche, à large spectre qui imite celle du soleil à l'aide d'un appareil spécifique. Cette thérapie a fait ses preuves dans le traitement de la dépression saisonnière (Lam & coll., 2006, cité dans Freyheit, 2009, p. 74). Dans son travail de thèse en pharmacie sur les applications de la luminothérapie, Freyheit (2009, p. 93) explique que la quantité de mélatonine sécrétée diminue avec l'âge. Les conséquences sont que l'effet synchroniseur de cette hormone est moindre (perturbation du rythme circadien et apparition de troubles du rythme sommeil/veille) et une diminution des effets antioxydants avec un risque accru de développer des pathologies. Par ailleurs, le fait d'être peu exposé à la lumière extérieure (confinement chez soi ou en institution) accroît la faible sécrétion de



mélatonine. L'auteure met en lien les troubles du sommeil des personnes âgées avec le peu d'hormone sécrétée, à savoir que 40 à 70% de personnes âgées se plaignent de troubles de sommeil. Selon l'étude de Rixt et al. (2008, p. 2654), 19% des personnes âgées qui bénéficient de luminothérapie ont vu une amélioration des symptômes dépressifs et 53% ont vu diminuer la progression de la perte d'autonomie. Ainsi le recours à la lumière peut être intéressant. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces premières données.

**-La stimulation magnétique transcrânienne :** constitue une thérapeutique intéressante dans les formes résistantes de dépression. Elle consiste à appliquer un champ magnétique pulsé dans le cerveau par l'intermédiaire de bobines placées à la surface de la tête. Les champs magnétiques modifient l'activité des neurones. La technique est indolente et se fait en ambulatoire sans anesthésie (Thomas & Hazif Thomas, 2008, p. 155).

**-La sismothérapie ou l'électroconvulsivothérapie :** consiste à provoquer, par un choc électrique de faible ampérage une crise comitiale généralisée. Le nombre de séance varie entre six à douze fois avec une fréquence moyenne de trois fois par semaine. Cette thérapeutique est indiquée en cas de « dépression majeure avec risque suicidaire et/ou composante suicidaire ou bien en cas de dépressions résistantes aux traitements pharmacologiques » (Micas, Arbus, Nouhashemi & Vellas, 2003, p. 511). Son efficacité est rapidement observée, la tolérance est bonne et son utilisation comporte peu de risque chez le sujet âgé, excepté celui de syndrome confusionnel.

**-La remédiation cognitive** est une nouvelle méthode pour améliorer la mémoire, l'attention et le langage, toutes les fonctions sont souvent altérées pendant la maladie dépressive en particulier les fonctions exécutives comme les facultés de planifications, d'organisation et de stratégies. Elle propose des exercices spécifiques et adaptés de logique et de mémoire Il s'agit davantage d'une rééducation ou d'un soutien de traitement plutôt que du traitement de la maladie dépressive elle-même (Le Quellec, Fontaine & Révillère, 2005, p. 440).

**-Les interventions médicosociales :** il n'est pas toujours aisé de distinguer ce qui résulte de problèmes sociaux et ce qui constitue la maladie. Comme le disent Gallarda et Léo (2008, p. 279), « l'influence des facteurs sociaux est souvent méconnue dans la genèse et la chronicisation des troubles dépressifs de la personne âgée ». Il est nécessaire de pouvoir faire intervenir une assistante sociale pour toutes situations problématiques. Les conditions précaires d'habitation, le niveau socio-économique bas peuvent entraîner des difficultés d'accès aux soins.

Aussi, il est important de considérer tous les autres domaines d'interventions, pour regarder la personne âgée de manière globale et ne rien négliger. Des bilans oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques, sensitifs peuvent sensiblement améliorer la qualité de vie et faire partie intégrante du traitement de la maladie.

Tout autre moyen annexe pour lutter contre l'isolement tel que les systèmes d'assistance téléphonique, la bibliothérapie, la zoothérapie doivent être réfléchis et proposés en fonction des besoins et aptitudes de la personne.

Enfin, les soins infirmiers ont une place de première importance dans son rôle de pivot, de coordination et de proposition de soins spécifiques dans le traitement de la maladie dépressive. Les interventions infirmières dans ce domaine seront développées plus loin dans notre travail.

### 1.5.3. Les échelles d'évaluation de la dépression

Comme nous l'avons vu précédemment, il n'est pas toujours aisé de dépister un état dépressif chez la personne âgée puisque d'autres variables peuvent perturber le diagnostic. Il existe de nombreuses échelles pour évaluer la dépression ou d'autres aspects associés ; l'échelle de dépression gériatrique (GDS), la Dépression Rating Scale (DRS), le questionnaire de Pichot (QD2A), l'échelle de Cornell (DSQ-10), de Wittchen, de Hamilton (HAM-D), de Montgomery (MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale), la grille d'évaluation de la douleur morale (Blond et coll.) pour les plus connues.

Le but premier de ces échelles est l'objectif thérapeutique. Le soignant doit être à l'aise avec l'outil pour pouvoir l'utiliser correctement. Elles ont toutes une spécificité et un but différents.

Nous relevons ici les échelles utilisées dans notre revue de littérature<sup>6</sup>.

-GDS (Geriatric Depression Scale) peut être remplie par le patient lui-même ou par un soignant, en cochant « oui » ou « non » à une série de questions. Elle existe en trois versions :

-celle a 30 items (GDS-30) permet un examen approfondi des troubles dépressifs en évitant les écueils somatiques (Lacoste, 2005, p. 44). Elle évalue de manière fine la sévérité de l'état dépressif. À partir de 11, il y a une probabilité de dépression.

-celle en 15-items (GDS-15) la plus connue et la plus utilisée, ne permet toutefois pas de poser le diagnostic de dépression, la référence au DSM-IV (2007) ou CIM-10 (1994) est nécessaire, elle n'a pas non plus de validité en cas de troubles cognitifs. Elle est très pertinente pour le suivi lors d'un traitement (ibid.).

-La Mini GDS a été élaborée en quatre items afin d'être facilement et rapidement utilisée en ville (ibid. p. 45). Elle constitue une première étape dans une démarche diagnostic.

-DRS (Depression Rating Scale) a été développée par interRAI, elle est composée de 7 items cotés de 0 à 3 sur : les déclarations négatives ; la colère persistante envers soi ou les autres ; les expressions (y compris non verbales) de craintes irréalistes ; les problèmes de santé répétitifs ; les plaintes anxieuses répétées ; la tristesse, la douleur, l'expression faciale inquiète ; les pleurs. Les scores vont de 0 à 14. Des scores de 3 et plus indique une dépression possible, au-delà de 6, il s'agit d'une dépression sévère. Des études de validation de cette échelle en la comparant à celle de Hamilton et celle de Cornell ont montré une sensibilité de 91% et une spécificité de 69% (Burrows, 2000).

-PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) est une autoévaluation en neuf points. La personne doit dire si elle a eu ou ressenti un des problèmes listés les deux dernières semaines. Le questionnaire permet d'évaluer la perte d'intérêt, la baisse

---

<sup>6</sup> Voir annexes I, p. I-XII.

de l'humeur, le sommeil, l'appétit, l'énergie, le sentiment de culpabilité, la concentration, l'apathie ou l'agitation et les idées de morts. Une version courte en deux items se concentre sur les deux premiers points (intérêt dans les activités et humeur). Selon les études, le PHQ est très utile en clinique de première ligne car il est concis (3 minutes), facile d'emploi, valide et fiable (Rozefort & Belanger, 2012, p. 30).

A l'issue de cette première partie sur la présentation de la problématique (l'ampleur, la pertinence et l'impact du thème choisi), nous avons pu définir les concepts clefs (la personne âgée, les soins domiciliaires et la dépression) et poser les bases théoriques pour comprendre la dépression du sujet âgé. Nous avons tenté de relever toute la complexité de la problématique de notre recherche qui nous oblige à développer de nombreux points disparates : spécificité de la dépression chez le sujet âgé, traitement médicamenteux et non médicamenteux, outils d'évaluation. Afin de recentrer notre travail sur notre discipline, il paraît nécessaire d'introduire la théorie infirmière de la Self-Transcendance afin de poser le cadre de référence.

## **2. Cadre de référence : La théorie de la transcendance de soi (P. Reed, 1991).**

Pour définir le cadre de référence, nous présenterons d'abord la théoricienne de la Self-Transcendance, Pamela G. Reed ainsi que son œuvre et les fondements de sa théorie, nous expliquerons ce que représente une théorie à spectre modéré. Nous détaillerons ensuite les concepts clefs de la Self-Transcendance qui comprennent les dimensions intrapersonnelles, interpersonnelles et transpersonnelles et les notions de bien-être et de vulnérabilité. Ces différents concepts sont reliés les uns aux autres. Nous regarderons ensuite quelques exemples d'application concrète de la théorie.

### **2.1. Introduction**

#### **2.1.1. Pamela G. Reed**

Pamela G. Reed est née en 1950 dans le Détroit. En 1974, elle a son diplôme de soins infirmiers, spécialisé en santé mentale. Elle soutient son doctorat en science infirmière en 1979. Elle est actuellement professeure au College of Nursing à l'université d'Arizona.

Elle a enrichi la science infirmière de nombreuses publications puisqu'elle compte à son actif une centaine d'articles. Ses sujets d'études principaux sont la santé mentale et en particulier la dépression, les personnes âgées, les soins de fin de vie et les maladies chroniques. Ses recherches questionnent les décisions éthiques et empiriques dans les soins de fin de vie. Elle décrit la relation entre les perspectives spirituelles, le dépassement de soi et le bien-être. Elle est une des pionnières sur la recherche de la spiritualité dans le domaine infirmier. Elle élabore une théorie infirmière à spectre modéré qu'elle nomme « Self-Transcendance » (ST). Reed élabore sa théorie à partir des années 80 dont elle expose le fondement dans un article de 1991 dans la revue *Advances in Nursing Science* qui s'inscrit dans l'école des patterns, paradigme de la transformation (Ducharme, Kérouac, & Pépin 2010). Le paradigme de la transformation est un des trois grands courants de pensée<sup>7</sup> et le dernier né du savoir infirmier. Il met en avant la notion de changement qui est « perpétuel, en accélération et unidirectionnel ». Succinctement, le soignant qui adhère à ce courant considère la globalité de la personne (« le tout ») comme point de départ pour connaître les manifestations (« patterns »), il prend en compte les « croyances, valeurs et connaissances » de la personne soignée, il s'intègre dans un « processus itératif, réciproque et simultané d'interactions » (ibid. p. 30).

#### **2.1.2. Théorie à spectre modéré**

Les théories à spectre modéré permettent de comprendre l'expérience d'une personne aux prises avec un problème particulier. Dans notre cas, la théorie de P. G. Reed nous permet d'appréhender la dépression de la personne âgée. Les théories sont utiles dans la pratiques puisqu'elles « facilitent la compréhension des comportements des personnes soignées, suggèrent des interventions et

---

<sup>7</sup> Les trois paradigmes infirmiers sont chronologiquement : la catégorisation, l'intégration et la transformation.

procurent des explications possibles quant à leur degré d'efficacité » (Peterson, 2004, cité dans Dallaire, 2008, p. 246). Elles expliquent le problème de la personne et proposent du contenu dans la pratique. Les travaux des théories à spectre modéré sont davantage d'ordre qualitatif, on s'intéresse à l'expérience des personnes, ce qui est d'ailleurs propre au domaine infirmier. Grâce à leur utilité concrète dans la pratique, ces théories fleurissent et de nombreux domaines de soin sont étudiés. Cependant, comme le suggère Dallaire (2008), le risque d'une vision fragmentaire dans les soins est présent car ces théories « portent sur des parties étroites de la pratique » (p. 247). Il est donc important de bien choisir la théorie en fonction de l'objet d'étude et d'avoir un certain recul pour appréhender les soins infirmiers de manière globale.

Smith et Liehr (2008) qui ont analysé les théories à spectre modéré les divisent en deux catégories ; celles du processus de soins et de récupération et celles portant sur les façons de comprendre et de produire des changements positifs ou de permettre une croissance. La théorie de Reed se situe dans la seconde catégorie. La notion de développement, de croissance, de transformation sont au cœur du message Reed.

### **2.1.3. Les fondements**

La transcendance de soi est une théorie infirmière empirique. Initialement, elle est issue de recherches basées sur les personnes âgées hospitalisées en psychiatrie pour dépression (Reed, 1986). La théorie est conçue pour reconnaître la nature du développement de la personne âgée en intégrant la santé mentale et le bien-être (Reed, 2008, p. 105). Elle dit que lorsque les personnes sont confrontées aux changements de santé ou à la maladie, elles peuvent prendre conscience de leur vulnérabilité et peuvent ressentir un puissant besoin d'étendre ses frontières, de se dépasser. Le verbe « pouvoir » est de l'ordre de la capacité ou du moins d'un potentiel que la personne détient. Ce « dépassement » que Reed nomme « transcendance » permet à la personne d'intégrer les aléas de santé dans le but d'accéder au bien-être (Reed, 2010, p. 418).

Cette théorie se construit sur la base de trois sources principales (Smith & Liehr 2008, Coward, 2014) :

-Le modèle du développement social et cognitif (Piaget) : le développement humain est un processus permanent et constant. Pour Reed, la maturation physique et cognitive ne s'arrête pas à l'adolescence. Reed met bien en avant que les soins infirmiers « ne sont pas seulement une science humaine mais aussi une science liée au développement » (traduction libre, Reed, 2008, p. 105).

-L'être humain unitaire de Martha E. Roger : est une théorie à large spectre qui stipule que l'homme est différent de la somme de ses parties et plus grand que celle-ci. L'environnement est un système ouvert et un champ d'énergie en changement continu. Roger utilise les principes de l'homéodynamie (pour décrire la nature et la direction du changement chez la personne et l'environnement), de l'intégralité (personne et environnement en interaction constante et en changement simultané) et de la santé (qui fait référence au bien-être, à l'optimisation et à la réalisation du potentiel des personnes par leur participation consciente au changement) (Ducharme & al., 2010, p. 66).

-L'expérience clinique et la recherche sur la personne vivant une dépression : les personnes âgées en dépression ont moins de ressources pour se développer et pour maintenir un sentiment de bien-être face aux diminutions physiques et

cognitives. Il est nécessaire de sublimer ce vécu en l'intégrant dans de nouvelles vues et perspectives.

## 2.2. Concepts clefs

La théorie se base sur deux hypothèses, l'humain est intégré avec son environnement (cf. Rogers) et l'humain a un impératif lié au développement (Reed, 2008, p. 107<sup>8</sup>). De ces deux hypothèses naissent les trois concepts clefs de la théorie de Reed : la transcendance de soi ; le bien-être ; la vulnérabilité qui sont en relation et s'influencent mutuellement.

La théorie ST ne décline pas tous les concepts à l'aide d'exemples car pour Reed, « l'humain est trop complexe et imprévisible pour doter la théorie infirmière d'un catalogue » (traduction libre, Reed, 2010, p. 418), en ce sens, cette théorie permet une certaine liberté dans son application.

### 2.2.1. La transcendance de soi

La transcendance de soi est « l'habileté de l'homme à trouver du sens dans sa vie en se tournant vers les choses, les autres ou vers soi-même » (traduction libre, Palmer, Griffin, Reed & Fitzpatrick, 2010, p. 138). C'est donc une qualité innée à tout être humain qui est libre de choisir ou non cette option selon ses possibilités. C'est sa capacité à élargir sa conscience à son environnement, de porter un regard nouveau sur son existence et d'ouvrir ses perspectives de vie. L'homme, dans ce processus dynamique, doit pouvoir initialement faire une introspection pour se tourner vers l'autre et trouver dans ce mouvement un sentiment de cohérence, de bien-être et d'estime de soi permettant l'harmonie interne. L'auto-transcendance est la capacité de s'ouvrir à trois différentes dimensions ou sphères :

-La dimension **intrapersonnelle** concerne ce qui est en lien avec soi-même : les valeurs, les croyances, la philosophie etc.

Par exemple : accepter de vieillir ; avoir de l'intérêt à apprendre ; pouvoir s'arrêter sur ses rêves ou buts non satisfaits ; trouver un sens aux expériences passées ; se centrer sur sa vie actuelle ; accéder à la méditation ; pouvoir pardonner etc.

-La dimension **interpersonnelle** concerne ce qui est en lien avec les autres et l'environnement.

Par exemple : avoir des centres d'intérêts, s'impliquer dans la communauté ; partager ses croyances et expériences ; avoir des activités altruistes, accorder de l'importance à la cellule familiale, apporter de l'aide aux autres ; accepter l'aide des autres etc.

-La dimension **transpersonnelle** concerne ce qui est lien avec le divin ou les forces suprêmes.

Par exemple : accepter que la mort fasse partie de la vie ; trouver un sens à sa spiritualité ; pouvoir faire un examen de conscience ; avoir un représentant religieux etc.

(Traduction libre, Reed, 2008, p. 122-125)

---

<sup>8</sup> Qui se réfère à Piaget.

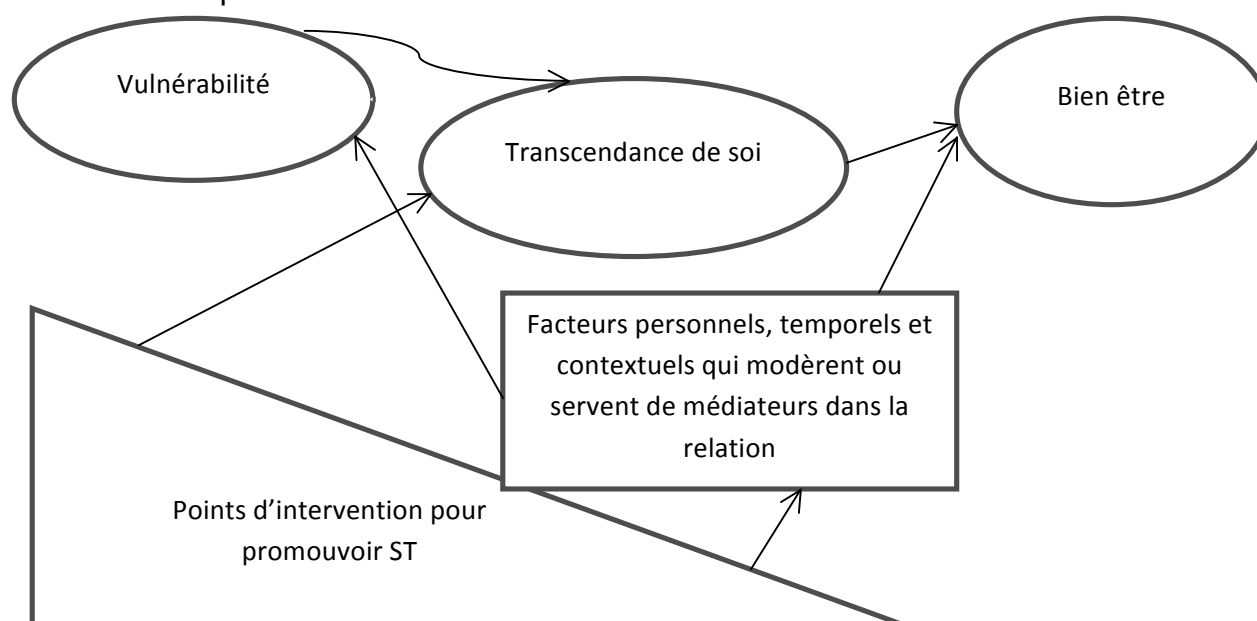
Dans ces trois dimensions, le temporel, le personnel et le contextuel influence la dynamique de l'auto-transcendance et intervient comme des modérateurs (Coward, 2014, p. 576).

### 2.2.2. Le bien-être

Le bien-être est le fait d'avoir un sentiment de plénitude (être entier) et de se sentir en santé selon « ses propres critères d'intégrité et de santé », (traduction libre, Reed, 2008, p. 108). Le bien-être peut être défini de différentes manières selon la perception de la personne. Reed nomme certains indicateurs communs du bien-être : la satisfaction, la conception positive de soi, l'harmonie, le bonheur, l'espoir, la joie, le sens à la vie (ibid.). Le bien-être est un potentiel que détient l'homme pour sa santé. C'est un processus de croissance.

### 2.2.3. La vulnérabilité

La vie est ponctuée de situations de vulnérabilité (crise situationnelle, maladie, changement de rôle etc.). La vieillesse est un moment de vie où l'individu est vulnérable car il prend plus pleinement conscience de sa propre finitude. La temporalité revêt alors une nouvelle signification. À ce moment, la personne a la possibilité de se renforcer et de se développer (s'auto-transcender). La vulnérabilité est « la conscience de sa propre mortalité et la probabilité d'éprouver des événements de vie difficiles » (ibid.), elle est consécutive aux aléas de santé et peut favoriser l'auto-transcendance (Coward & Kahn, 2004 ; Reed, 1991). En d'autres termes, la vulnérabilité est un moment de crise, un état de déséquilibre qui peut être vécu comme une chance de se dépasser pour non seulement retrouver son état d'équilibre antérieur mais aussi pour ressortir grandi et enrichi de cette expérience.



(Reed, 2008, p. 109)

## 2.3. Métaparadigmes

La discipline infirmière repose sur quatre concepts centraux indiqués par les métaparadigmes qui aident à délimiter le savoir : la personne ; le soin ;

l'environnement et la santé (Ducharme & al., 2010 ; Fawcett, 2005). Selon la théorie de la transcendance de soi, ils peuvent se résumer ainsi :

**-le soin** : doit se centrer sur les ressources qui sous-tendent l'auto-transcendance (intra-, inter-, trans-personnelles). L'intervention infirmière consiste à faciliter les qualités naturelles de l'être humain quand celui-ci ne peut plus ou n'arrive plus à trouver des ressources à cause de sa vulnérabilité. Il s'agit d'assister la personne par des compétences adaptées pour promouvoir la santé et le bien-être (Coward, 2004, p. 577).

**-la personne** : se développe tout au long de sa vie, elle est en contact avec les autres dans l'environnement qui contribue positivement ou négativement à son bien-être et sa santé. La personne doit s'adapter à son environnement en intégrant les changements et bouleversements inhérents à la vie. La personne est « apte à étendre son état de conscience au-delà des dimensions spatiales et temporelles » (Reed, 1991, traduction libre, p. 73), processus qui permet la transcendance.

**-la santé** : est défini implicitement comme un processus à la fois négatif et positif dans lequel chaque individu va créer son environnement qui promeut ou non le bien-être. À travers le bien-être et la vulnérabilité, Reed décrit le métaparadigme de la santé. Les facteurs du bien-être et de la vulnérabilité peuvent être l'âge, le genre, les capacités cognitives, le statut de santé, les événements significatifs passés, l'environnement sociopolitique (Reed, 2008, p. 110). La santé est déterminée par la capacité de donner du sens aux événements et permettant un sentiment de plénitude. La spiritualité a une place prépondérante dans ce processus.

**-l'environnement** : les dimensions inter-, intra- et trans- personnelles constituent l'environnement de la personne. En d'autres termes, le développement de la personne, la famille, le travail, les voisins, la communauté, ses capacités d'introspection, de méditation, de prière, de réflexion etc. sont autant de ressources qui contribuent au processus de santé et dont l'infirmier doit être attentif pour « gérer les interventions thérapeutiques entre les personnes, les objets et les activités » (Coward, 2014, p. 778).

## 2.4. Outils d'évaluation de la ST

Reed a mis au point trois outils différents<sup>9</sup> qui permettent d'identifier les facteurs d'auto-transcendance, de bien-être et vulnérabilité et de s'informer sur les trois sphères:

-Developmental Resources of Later adulthood (DRLA): est une échelle développée et testée à partir de 1986 dans les hôpitaux psychiatriques pour les personnes âgées en dépression. La DRLA est testée en regard d'une autre échelle évaluant la dépression (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CESD-S). Les études comparatives de Reed permettent de mettre en avant la relation des ressources développementales, la santé mentale et leurs influences mutuelles.

-Spiritual Perspective Scale (SPS) : est une échelle d'auto-évaluation, créée en 1987 qui permet de mesurer l'importance pour la personne de la spiritualité, de son engagement dans ses intégrations. Elle est constituée de 10 items cotés de 1

---

<sup>9</sup> Voir annexe III, p. XVI-XIX



(pas du tout/ pas d'accord) à 6 (environ un jour/ tout à fait d'accord). Le score indique donc le degré de perspective spirituelle en lien avec une possible transcendance.

-Self-Transcendence Scale (STS) : est une échelle d'auto-évaluation créée en 1991 par Reed. Elle est le fruit du travail comparatif de la DRLA et de CESD-S (Haugan, Rannestad , Garasen, Hammervold & Espnes, 2011). Elle se présente en 15 items, cotés de 1 à 4 (pas du tout, très peu, quelquefois, beaucoup). À travers les 15 items, cette échelle permet de comprendre où se situe la personne selon les trois concepts de la théorie et à travers les expériences intra-, inter- et trans-personnelles. Cette échelle montre le développement de la personne, l'expansion de ses limites, les expériences temporelles caractéristiques de la fin de vie. Chaque élément est évalué sur une échelle de type Likert à quatre points. Les scores élevés indiquent une ST supérieure.

## **2.5. Self-Transcendance et dépression de la personne âgée: en pratique**

L'auto-transcendance est l'aptitude naturelle de la personne à surmonter les difficultés et les pertes inhérentes à la vieillesse. En effet, la ST « facilite l'intégration complexe des éléments contradictoires de la vie, la vieillesse et la mort » (traduction libre, Reed, 2008, p. 106). L'avancée en âge conduit naturellement l'homme à amorcer un travail sur lui pour intégrer les changements physiques, cognitifs, émotionnels et environnementaux. La personne se trouve alors en situation de vulnérabilité dans laquelle il lui est possible d'intégrer le passé, le présent et le futur (valeur temporelle) et de dépasser sa réalité physique.

L'infirmier doit se centrer sur les ressources qui sous-tendent la ST en agissant sur les sphères qui font sens pour la personne. L'examen de ces sphères permet une prise de conscience de la personne et amène à la transcendance. De manière non exhaustive, Reed apporte certains éléments pour comprendre le rôle de l'infirmier (traduction libre, Reed, 2008) :

Ainsi, dans une perspective intrapersonnelle, l'infirmier peut aider la personne à clarifier et à développer ses connaissances ou savoirs en encourageant la méditation, la relaxation, l'introspection ; en encourageant la tenue d'un carnet de bord pour pouvoir réaliser le processus de transformation et de transcendance ; en acquérant de l'information sur sa maladie ; en l'aidant à reconnaître les processus qui permettent la guérison ; en aidant à l'acceptation des changements corporels et de la vieillesse, en usant l'autosuggestion positive ; en travaillant l'affirmation de soi.

Dans une perspective interpersonnelle, l'infirmier encourage la personne à se lier de manière formelle ou informelle à son environnement, en maintenant des relations significatives (famille, voisins), en favorisant le partage des expériences (groupe de soutien), en renforçant les affiliations avec la communauté (conseils des pairs), en développant des activités significatives et stimulantes (activités altruistes), ou encore en organisant des visites infirmières (en face à face, par téléphone ou internet).

Dans une perspective transpersonnelle, l'infirmier peut aider à créer un environnement qui favorise l'exploration spirituelle, en aidant la personne à se connecter à un but plus grand qu'elle.

Pour évaluer les différentes sphères, l'infirmier utilise différentes échelles : la DRLA ; la SPS ; la STS selon les besoins de clarification.

L'infirmier doit pouvoir apprécier la multiplicité des expériences de la personne dans une perspective holistique. Les projets et actions de soin doivent toujours voir la personne de manière unitaire, voir ce qu'elle a été, ce qu'elle est et ce qu'elle souhaiterait devenir.

Il est clairement admis que les personnes qui ont un haut niveau de ST sont moins à risque de dépression (Ellerman & Reed, 2001, p. 699). L'infirmier favorise le processus dynamique de la ST qui implique d'adapter le passé aux détresses physiques, émotionnelles et spirituelles. Grâce à cette aptitude, la personne âgée peut se prémunir d'une dépression. La ST est alors liée au bien-être ou à la guérison (Smith & Liehr 2008, p. 3).

Pour promouvoir la ST, Coward et Reed (traduction libre, 1996, p. 280-281) propose quatre stratégies :

- la mise en lien avec d'autres personnes qui ont un problème similaire ;
- la participation à des activités altruistes qui sont significatives pour la personne;
- l'examen des possibilités cognitives et développementales ;
- l'expression des perspectives spirituelles.

### 3. Méthodologie et Analyse

Cette partie est consacrée à la mise en avant de la méthodologie utilisée pour ce travail de Bachelor. Dans un premier temps, nous définirons et détaillerons la méthode PICO, et les critères d'inclusion et d'exclusion qui nous ont permis d'effectuer les recherches. Pour montrer les étapes et les résultats des recherches, nous présentons les données sous forme d'un « diagramme de flux ». Dans un second temps, nous analyserons les articles à l'aide de la grille Fortin & Gagnon (2010)<sup>10</sup>, d'un tableau descriptif des articles<sup>11</sup> et d'un tableau comparatif qui s'attache à mettre en lien les points clefs des recherches avec les concepts de la Self-Transcendance.

#### 3.1. PICO

Pour aider à clarifier la question de recherche, à identifier les concepts clefs et à réaliser une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données, nous avons utilisé la méthodologie PICO. Elle permet de décomposer la question clinique en fonction des critères suivants :

- P donne la caractéristique du patient ;
- I explique le type d'intervention ;
- C donne le contexte ;
- O exprime l'événement observé.

Avant de commencer la recherche sur les bases de données anglophones, il est nécessaire d'effectuer une traduction des termes appropriés en anglais sur Honselect. Hon select est un outil de la Fondation Health On the Net<sup>12</sup>. Il combine cinq types d'informations : la classification MeSH, des articles scientifiques, l'actualité médicale, les sites Web et le multimédia. Cet outil permet de mieux cibler et accélérer la recherche d'informations médicales.

PICO	Concepts clefs	Traduction Honselect
<b>P (population)</b>	Personne âgée de plus de 65 ans déprimée	Aged depression
<b>I (intervention)</b>	Soins infirmiers communautaires	Community Health Nursing
<b>C (contexte)</b>	domicile	Home Care Service
<b>O (outcome)</b>	Transcendance de soi	<i>Self-transcendence (no MeSH term)</i>

<sup>10</sup> Un exemple présenté en annexe II, p. XIII-XV.

<sup>11</sup> En annexe I pour ne pas alourdir le document, p. I-XII.

<sup>12</sup> Fondation la santé sur internet, organisation non gouvernementale, voir : [http://www.hon.ch/home1\\_f.html](http://www.hon.ch/home1_f.html).

### 3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette revue de la littérature a été réalisée à partir des bases de données Cinahl, Medline/Pubmed, et Cairn info. Pour se focaliser sur les recherches actuelles, des articles publiés entre 2003 et 2013 ont été recherchés. Les titres et résumés des articles ont été parcourus sur les différentes bases de données afin d'identifier les écrits correspondants au sujet de recherche. Il a été nécessaire d'exclure certains éléments du PICO pour d'élargir la recherche qui restait infructueuse. Ainsi les termes « self-transcendance », « community health Nursing » ou « Home Care Service » ont tour à tour été retiré, ce qui nous a permis d'obtenir un plus grand nombre d'articles.

Il est évident que la dépression existe dans tous les contextes c'est pourquoi deux articles particulièrement intéressants qui ne concernent pas le domicile mais dont les données sont aisément transposables<sup>13</sup> ont été retenus.

De même, la plupart des articles sélectionnés ne font pas référence à la ST mais il est tout de même possible d'effectuer des liens avec la théorie infirmière. Nous avons essayé de privilégier les articles spécifiques aux soins et interventions infirmiers mais presque la moitié d'entre eux provient des sciences médicales. Il était nécessaire, pour ce sujet d'étude, d'enrichir la science infirmières d'autres disciplines connexes. Comme nous le verrons plus loin, avant de développer les soins liés à la ST pour traiter la dépression, l'infirmier a d'autres priorités d'interventions (reconnaissance de la maladie, évaluation etc.). D'autres articles issus des sciences humaines (sociologie ou psychologie) n'ont pas été retenus car ils ne correspondaient pas à nos critères de sélection.

Par la suite, les articles pertinents ont été lus et analysés selon les grilles de lecture d'études quantitatives ou qualitatives (Fortin & Gagnon, 2010) en fonction du type d'article.

Nous avons exclu les articles qui concernaient l'hôpital, ceux dont la mise en lien avec la théorie de la transcendance de soi n'était pas possible, ceux dont les résultats sont peu ou non significatifs et bien sûr les articles qui manquaient de pertinence ou qui ne répondaient pas aux critères de fiabilité scientifique.

Critères d'inclusion	Personnes âgées de 65 ans et plus Période de publication >2003 Langue de publication : anglais ou français Domicile Articles issus des sciences infirmières, médicales ou humaines (psychologie, sociologie). Dépression ou état dépressif
Critère d'exclusion	Personne de moins de 65 ans Période de publication <2003 Langue de publication ≠ anglais ou français Hôpital, EMS (sauf exception) Troubles cognitifs

<sup>13</sup> Il y a deux exceptions à ce critère d'exclusion, il s'agit des articles de Haugan et Innstrand (2012) et Stinson et Kirk (2005) qui étudient un aspect de la dépression dans les établissements pour personnes âgées. Ils ont été sélectionnés car ce sont les deux seuls articles qui mettent en lien la dépression avec la théorie de la Self-Transcendance.

### 3.3. Diagramme de flux

#### Cinhal

(MH "Aged")= 313256  
(MH "Depression")= 40 984  
(MH "Community Health Nursing")= 19244  
(MH "Self Transcendence")= 192

#### RECHERCHE 1

(MH "Aged") AND (MH "Depression") AND (MH "Community Health Nursing") AND (MH "Self Transcendence")= 0

J'élargis le PICO:

#### RECHERCHE 2

(MH "Aged") AND (MH "Depression") AND (MH "Community Health Nursing")= 37 articles.

À la lecture des titres, je présélectionne 14 articles.

À la lecture des résumés, je présélectionne 7 articles.

À la lecture des articles, j'en sélectionne 4 (**Butler & Quayle, 2007<sup>14</sup> ; Brown & al., 2004 ; Chang & al., 2013 ; Kerse & al., 2010**).

#### RECHERCHE 3

(MH "Self Transcendence") AND (MH "Depression")= 16

À la lecture des titres, je présélectionne 7 articles.

À la lecture des résumés, je présélectionne 5 articles.

À la lecture des articles, j'en sélectionne 2 (**Stinson & Kirk, 2005 ; Haugan & Innstrand, 2012**).

#### RECHERCHE 4

(MH "Self Transcendence") AND (MH "Aged")= 67

À la lecture des titres, je présélectionne 6 articles.

À la lecture des résumés, je présélectionne 2 articles.

À la lecture des articles, j'en sélectionne aucun.

#### Pubmed

Aged[MeSH Terms]= 2278885  
Depression[MeSH Terms]= 147856  
Community health nursing[MeSH Terms]= 18308  
Home care[MeSH Terms]= 4394  
Self transcendence [All Fields]= 463

#### RECHERCHE 1

(self transcendence) AND community health nursing[MeSH Terms] AND depression[MeSH Terms] AND aged[MeSH Terms]= 0

---

<sup>14</sup> Les références bibliographiques complètes sont données dans la bibliographie, section "articles de recherche", p. 60.

J'élargis le PICO

#### RECHERCHE 2

home care[MeSH Terms] AND depression[MeSH Terms] AND self transcendence= 0

#### RECHERCHE 3

(Self-Transcendence AND depression [MeSH Terms])= 11

J'en sélectionne aucun.

#### RECHERCHE 4

community health nursing[MeSH Terms] AND depression[MeSH Terms]=217

J'affine la recherche en mettant des filtres: published in the last 10 years; Humans;

Aged: 65+ years=29

À la lecture des titres, je présélectionne 2 articles.

À la lecture des résumés, je présélectionne 0 articles.

#### RECHERCHE 5

depression[MeSH Terms] AND home care[MeSH Terms] AND aged [MeSH Terms]= 417

J'affine la recherche en mettant des filtres : published in the last 10 years; Humans; Aged: 65+ years= 223

À la lecture des titres, je présélectionne 22 articles.

À la lecture des résumés, je présélectionne 12 articles.

À la lecture des articles, j'en sélectionne 8 (**Chan & al., 2009 ; Cho & al., 2011 ; Dalby & al., 2008 ; Diefenbach & al., 2011 ; Gellis, 2010 ; Landi & al., 2005 ; Markle-Reid & al., 2011 ; Raue & al., 2011**).

### Cairn info

Dépression; personne âgée= 163

À la lecture des résumés, je présélectionne 7 articles

À la lecture des articles, je sélectionne 0 article

En définitive, je sélectionne **quatorze** articles pour mener à bien cette étude.

### 3.4. Analyse critique des articles

Pour analyser plus spécifiquement les articles, ils ont été détaillés sous forme de tableau<sup>15</sup> incluant : la référence bibliographique ; le thème général ; le type d'étude ; l'origine de l'article ; le domaine scientifique ; les mots clefs ; l'échantillon ; les outils d'évaluation utilisés pour l'étude<sup>16</sup> ; le résumé ; les résultats ; les limites énoncées.

### 3.5. Tableau comparatif

Le tableau ci-dessous reprend les éléments principaux des articles de recherche. Ces éléments sont mis en lien avec les concepts clefs de la ST<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Voir annexes I, p. I-XII.

<sup>16</sup> Voir la liste des abréviations, p.5-6.

<sup>17</sup> Voir 2.2. Concepts clefs, p. 30-32.

Articles	Thème général de l'article	Sphères : 1. intrapersonnelle 2. interpersonnelle 3. transpersonnelle	4. bien-être 5. vulnérabilité
<b>Brown &amp; al. (2004)</b>	Programme de soins à domicile pour reconnaître la dépression.	1. Pour évaluer la dépression, le programme évalue deux points : l'intérêt aux activités et l'humeur.	4. Espoir pour les patients d'être mieux dépistés dans leur mal-être, par la reconnaissance et l'évaluation de la dépression.
<b>Butler &amp; Quayle (2007)</b>	Formation des infirmiers.	1. Les infirmiers mettent en question leur pratique et leur croyance sur la maladie dépressive (travail sur leur sphère intrapersonnelle). 2. Amélioration de la sphère interpersonnelle par la formation des infirmiers : amélioration des connaissances, des traitements, du dépistage et remise en question sur leurs croyances. 3. La formation permet d'appréhender les questions existentielles de fin de vie.	4. Espoir pour les patients d'être mieux reconnus dans leur maladie, de pouvoir déconstruire les idées reçues et les croyances autour de la dépression. Meilleure offre de soin.
<b>Chan &amp; al. (2009)</b>	Soutien formel et informel pour réduire le stress.	2. Le soutien formel et informel protège la personne âgée de la dépression. Mise en avant de l'importance de s'intéresser à la qualité de la relation plutôt qu'à la quantité.	4. Renforcement des ressources extérieures de la personne. 5. La dépression de la personne âgée est mise en lien avec les incapacités fonctionnelles.
<b>Chang &amp; al. (2013)</b>	Comportements favorisant la santé pour réduire la dépression.	1. La responsabilité de sa santé, l'alimentation saine, l'autoprotection et les activités favorisent la santé. Les infirmiers doivent proposer un soutien individualisé. 2. La participation sociale favorise la santé, elle a un grand impact sur la dépression.	4. Les comportements favorisant la santé améliorent la qualité de vie. 5. Trop peu de comportements favorisant la santé exposent à une mauvaise santé physique et psychique.
<b>Cho &amp; al.</b>	Impact des différents	2. Il est important de combiner différents types	4. Le soutien social favorise le bien-être.

<b>(2011)</b>	soutiens sociaux.	d'aide (formelle et informelle) et de regarder la qualité de la relation.	5. Il est important de bien évaluer la dépression.
<b>Dalby &amp; al. (2008)</b>	Raisons des traitements inappropriés.	1. Meilleure compréhension du vécu de la personne par des outils validés. 2. L'offre en soin adéquate (traitement efficace) peut améliorer la relation soignant/soigné.	4. Meilleure satisfaction du client par l'amélioration des pratiques et habitudes infirmières- 5. L'âge (plus de 75 ans), les comorbidités et l'entourage stressé sont des facteurs de risque de recevoir un traitement inapproprié.
<b>Diefenbach &amp; al. (2011)</b>	Dépression et qualité de vie.	1. Evaluer et traiter l'anxiété et la douleur pour éviter une diminution de la qualité de vie. Comprendre le fonctionnement émotionnel de la personne est essentiel pour soigner la dépression.	4. Restaurer l'intégrité de la personne par la prise en considération de l'ensemble des symptômes. 5. Les maladies chroniques entraînent souvent une baisse de la qualité de vie (déficiences physiques) et une demande d'aide pour les AVQ. Les symptômes dépressifs et anxieux sont souvent à l'origine d'infirmité.
<b>Gellis (2010)</b>	Dépister brièvement la dépression.	1. Meilleure compréhension du vécu de la personne par des outils validés. 2. L'offre en soin adéquate peut améliorer la relation soignant/soigné.	4. L'échelle d'évaluation de la dépression permet de comprendre la nature de la dépression. 5. Le but du dépistage est de comprendre l'expérience de la dépression distincte de l'état de santé.
<b>Haugan &amp; Innstrand (2012)</b>	L'effet de la ST sur la dépression.	1. Accepter de vieillir, s'ajuster aux changements physiques, trouver un sens aux expériences passées sont négativement associés à la dépression. 2. L'apprentissage, l'implication, le lien avec d'autres, le partage de l'espoir, l'aide apportée à d'autres sont négativement associés à la dépression.	4. Connaître les ressources du patient et accéder à son humeur. 5. La vie en foyer peut entraîner une perte de rôle, une sphère relationnelle diminuée, un plus grand besoin d'assistance et des diminutions physiques.



<b>Kerse &amp; al. (2010)</b>	L'impact de l'activité physique et des visites sociales.	2. Les visites sociales ont autant d'impact que les activités physiques. La personne âgée est plus réceptive aux contacts qu'aux activités physiques.	4. Les activités physiques favorisent l'intégrité de la personne (fonction physique, humeur, qualité de vie)
<b>Landi &amp; al. (2005)</b>	La douleur et la dépression.	1. Comprendre le vécu de la douleur 2. Mieux communiquer avec la personne pour déterminer le type de douleur. Faire preuve d'empathie.	4. Restaurer l'intégrité physique par la prise en compte de la douleur. 5. La douleur augmente les déficiences physiques et les risques de développer une dépression.
<b>Markle-Reid &amp; al. (2011)</b>	Les interventions interprofessionnelles.	2. La collaboration interprofessionnelle entraîne une meilleure offre de soin.	4. Améliorer la prévention, la détection et la gestion de la maladie par des interventions interprofessionnelles. Restaurer l'intégrité de la personne par la prise en compte de tous les facteurs de risque qui sont en interaction.
<b>Raue &amp; al. (2011)</b>	Les préférences personnelles de traitements.	1. Comprendre les préférences de traitements des patients et accepter leur choix. S'adapter à la variabilité des situations. 3. Plus de la moitié des personnes préféreraient un traitement non-actif qui comprend en tête de liste, les activités religieuses ou spirituelles. Il est important de développer ce point dans les démarches de soin.	5. Un traitement actif est préféré en cas de plus grande vulnérabilité (déficiences dans les AVQ, détresse psychologique)
<b>Stinson &amp; Kirk (2005)</b>	La réminiscence pour augmenter la ST.	1. La thérapie de réminiscence permet de se connecter avec ses émotions, donner du sens aux événements et regarder ce qui est positif. Elle encourage l'introspection. 2. Cette thérapie permet de travailler la relation et la qualité du lien avec l'infirmier.	4. La thérapie de la réminiscence a pour but de trouver des alternatives aux traitements médicamenteux et améliorer le niveau de ST. La ST est positivement corrélée avec le bien-être.

## 4. Discussion et recommandations

Suite à l'analyse préliminaire des articles et à la mise en lien avec la théorie infirmière de Reed, le présent chapitre s'attache à dégager les principaux thèmes pour les discuter. Sous l'angle de la ST, nous pourrions énoncer des recommandations générales. À la lecture minutieuse des articles de recherche, quatre thèmes ont pu être mis en avant : le soutien social, la reconnaissance et l'évaluation de la dépression, la qualité de vie et les traitements. C'est à partir de ces thèmes que nous pouvons émettre des recommandations générales pour la pratique infirmière des soins domiciliaires.

### 4.1. Reconnaître et évaluer la dépression

Dans la littérature, la reconnaissance et l'évaluation de la dépression de la personne âgée vivant à domicile prennent une place importante. Comme nous l'avons vu, il n'est pas aisé de reconnaître un état dépressif chez l'ainé (Gellis, 2010) et les infirmiers sont peu formés à cette problématique (Butler & Quayle, 2007 ; Brown & al. 2004). Pourtant, les soins domiciliaires sont l'occasion souvent unique de détecter une dépression et d'éviter des conséquences dramatiques et coûteuses (hospitalisation, mortalité, morbidité). Le but des différentes études est de trouver des moyens de dépistages efficaces, rapides et fiables pour pouvoir standardiser les évaluations et les intégrer dans des programmes de soins plus généraux (OASIS ; RAI-HC par exemple). En amont de ces recherches, des auteurs testent l'impact des formations infirmières proposées dans ce domaine afin que les outils d'évaluation soient bien utilisés. Enfin, l'évaluation des sphères intrapersonnelle et interpersonnelle sont d'autres moyens qui permettent à l'infirmier d'accéder à l'humeur du patient et à ses ressources.

L'étude quantitative de **Butler et Quayle** (2007) a pour but de tester l'efficacité d'un programme de formation infirmière et de voir son impact sur le terrain. Pour cela, 253 infirmiers à domicile sont invités à participer à l'étude. Butler et Quayle constatent que ces infirmiers sont souvent mal armés pour détecter et soigner la dépression ou tout simplement pour répondre aux besoins de la personne âgée. Les soins fournis sont souvent peu adéquats par manque de connaissance de la maladie mentale. Ils mettent en avant l'importance de proposer une formation spécifique des infirmiers pour répondre à ce manque. L'étude révèle que lorsqu'un enseignement spécifique (observation, évaluation, traitements, questions existentielles, éducation thérapeutique etc.) sur cette problématique est fourni, des changements significatifs des attitudes infirmières sont observés. En plus d'améliorer les connaissances scientifiques, les formations dans ce domaine permettent de déconstruire des idées reçues et erronées. Par exemple, nombre d'infirmiers ne croient pas à l'efficacité des traitements médicamenteux. Les résultats de cette étude montrent que les comportements et les attitudes infirmières évoluent positivement par l'amélioration des connaissances. Après cette formation, les infirmiers comprennent l'efficacité des antidépresseurs. Le regard qu'elle porte sur le traitement (efficacité du médicament) induit des meilleurs résultats sur les symptômes dépressifs car la personne âgée est plus preneuse de

soin. Par ailleurs les questions existentielles de la fin de vie, difficile à appréhender surtout lors de dépression sont aussi évoquées dans ces formations. L'infirmier est plus à l'aise pour aborder ce sujet avec le patient ou du moins pour permettre une ouverture ou un espace de partage.

Le but de l'étude de **Gellis** (2010) est de faire valider une échelle courte de dépistage de la dépression de la personne âgée vivant à domicile. Il s'agit de la version courte de la CES-D en 11 items (au lieu de 20) administrée à 618 personnes âgées vivant à domicile en zones urbaines et rurales. Le dépistage de la dépression est une première étape importante dans la gestion globale de la dépression. Il implique l'utilisation de méthodes peu coûteuses et qui identifient facilement la maladie. Un des problèmes actuels des soins à domicile est qu'il n'existe pas de dépistage standardisé de la dépression c'est pourquoi une majorité des intervenants ne la détectent pas. Par ailleurs, les échelles actuellement validées sont plus longues et peuvent être éprouvantes à administrer à la personne âgée. Elles sont susceptibles de fausser les résultats et de décourager les intervenants. C'est pourquoi il est important de s'intéresser à une méthode plus rapide pour détecter la maladie. Par ailleurs, ce qui est complexe dans les soins à domicile, c'est de comprendre l'expérience de la dépression distincte de l'état de santé chez les personnes âgées car les problèmes sont intrinsèquement liés. Il est aussi important de ne pas manquer la détection de la dépression que de ne pas la sur-diagnostiquer. Les résultats de cette étude suggèrent que la brève version de la CES-D possède des propriétés psychométriques fiables et valides. L'échelle aide à la compréhension de la maladie de la personne en ciblant la nature de la dépression. Ainsi ce dépistage peut contribuer à la planification du traitement individualisé. Bien qu'il soit nécessaire de refaire valider les conclusions de cette étude, les résultats de la CES-D-11 sont prometteurs puisque comparables à l'échelle originale.

L'étude quantitative de **Brown et al.** (2004) teste la fidélité d'un programme informatisé de soins à domicile pour évaluer l'état du patient en général et la dépression plus spécifiquement. Les infirmiers à domicile utilisent le programme OASIS qui comprend différents paramètres<sup>18</sup>. Cet outil évalue la dépression de la personne âgée à partir de deux items : l'humeur dépressive et la baisse des activités ou la perte d'intérêt. L'étude compare les données de ce programme sur une population âgée (N=220) avec une évaluation clinique semi structurée, basée sur l'axe I du DSM-IV (SCID). Les résultats de cette étude montrent que les infirmiers n'évaluent pas correctement la dépression. En effet, le programme OASIS n'a permis aux infirmiers de détecter que 13 cas sur les 35 personnes âgées ayant reçu un diagnostic de dépression selon le SCID. Pourtant, selon cette étude, l'outil a un bon potentiel pour détecter la dépression car il est simple et rapide et affiche des hauts scores de sensibilité et de spécificité. Mais il reste trop peu exploité. Pour une meilleure utilisation (et cela concernent aussi tous les outils d'évaluation), l'étude met en avant l'importance de la formation continue pour les infirmiers, avec des exercices d'entraînement pour conforter les connaissances dans la dépression de l'ainé. Par ailleurs l'étude souligne aussi les défauts de communication infirmier-équipe ainsi que les problèmes de transmission qu'ils

---

<sup>18</sup> Les données sociodémographiques, le statut fonctionnel, les besoins en services, la facturation, les évaluations de santé, soins programmés etc. Voir 1.4.2. Les soins à domicile, p.14-16. Le programme OASIS est comparable au RAI-HC.

entraînent. La reconnaissance de la dépression de la personne âgée nécessite des qualifications spécifiques que l'infirmier à domicile doit acquérir.

La recherche quantitative de **Haugan et Innstrand** (2012) a pour but d'étudier les effets de l'auto-transcendance sur la dépression des personnes âgées vivant dans un établissement spécialisé. La recherche a comparé les résultats des échelles HADS et STS sur un échantillon de 202 personnes âgées sans problème cognitif. Les résultats montrent que les sphères interpersonnelle (intérêts personnels, apprentissages, relation avec les autres, partage de l'espoir, aide apportée à autrui) et intrapersonnelle (accepter de vieillir, s'ajuster aux changements physiques, trouver un sens aux expériences passées) sont négativement associées à la dépression. Ainsi, plus les scores de l'échelle de l'auto-transcendance sont élevés, moins la personne âgée présente des signes de dépression. Selon les statistiques, la sphère intrapersonnelle aurait plus d'impact pour réduire les risques de dépression que la sphère interpersonnelle. Cette recherche montre que la théorie ST permet à l'infirmier d'accéder à l'humeur du patient, à la manière dont il se connecte avec ses ressources, à ses connaissances sur lui-même et à sa spiritualité. De la sorte, la théorie peut servir de cadre ou de support de soin. Les échelles de ST permettent de se focaliser sur les forces et de proposer des soins différents que si l'on se base sur les faiblesses (outils habituellement utilisés par la communauté scientifique).

Pour contextualiser, l'étude vise les établissements pour personnes âgées. Le placement en institution confronte la personne au risque de perdre son rôle, à l'irruption de sa sphère privée, à un plus grand besoin d'assistance et à la confrontation à sa mort. c'est pourquoi les résultats indiquent une plus grande importance de la sphère intrapersonnelle. Les questions identitaires et existentielles personnelles sont présentes pour la personne âgée placée en institution. Comme nous l'avons vue, à domicile, la sphère interpersonnelle serait à privilégier, puisque dans ce contexte c'est la problématique de l'isolement qui prédominerait<sup>19</sup>.

En définitive, l'élaboration d'un outil simple, rapide et efficace est une étape cruciale pour permettre à l'infirmier d'évaluer un état dépressif chez la personne âgée vivant à domicile mais il ne remplacera pas des compétences spécifiques que l'infirmier doit acquérir pour offrir des soins de qualité. On retiendra de ces différentes études l'importance des formations professionnelles continues qui permettent à l'infirmier de se confronter à ses croyances, de remettre en question ses pratiques de soin et de remettre à jour ses connaissances en lien avec les avancées de la recherche. Les qualifications spécifiques de l'infirmier à domicile englobent tant la reconnaissance clinique, la systématisation de l'évaluation de l'humeur que le travail en équipe et en réseau (mise en lien avec un spécialiste en santé mentale en cas de dépistage positif). Comme nous l'avons vu, les soins à domicile sont souvent une opportunité pour dépister une problématique de santé mentale.

Le dernier article de Haugan et Innstrand (2012) nous permet de faire le lien avec la théorie de l'auto-transcendance. En effet en facilitant l'auto-transcendance du patient, par l'examen minutieux des sphères interpersonnelle et intrapersonnelle, l'infirmier pourrait aider à faire diminuer les symptômes dépressifs des personnes

---

<sup>19</sup> Voir 4.2. Soutien social, p.45-47..

(sans atteintes cognitives). La STS est une autre manière d'accéder à l'humeur du patient en se focalisant sur les ressources et les forces de la personne.

#### **4.2. Soutien social**

Le lien entre le déficit social et la dépression est bien décrit par la littérature depuis longtemps (Murphy, 1982, Bruce, 1994). Les interventions sociales sont reconnues bénéfiques pour ceux qui souffrent de dépression. Certaines études ont indiqué que la participation sociale a un effet protecteur contre la morbidité et la mortalité. Avec l'avancée en âge, divers facteurs tels que les changements de rôle, les problèmes de santé physique et mentale peuvent isoler la personne et appauvrir peu à peu son réseau. Comme nous l'avons vu, l'isolement est un facteur de risque de développer une dépression. Un proche peut aider au quotidien la personne isolée et fragilisée, lui offrant ainsi un soutien et lui permettant de recréer ou de maintenir un lien avec le monde extérieur. Actuellement beaucoup de recherches s'intéressent au travail des proches-aidants. Leur considération s'inscrit dans une politique d'économie du domaine de la santé et dans la prise de conscience de l'importance et l'impact des soins informels. En effet, le proche-aidant représente parfois le seul soutien social de la personne et revêt alors une influence positive sur la santé mentale et physique du patient. Il réduit l'impact du stress en permettant d'éclairer et de comprendre les situations difficiles, il réduit le stress, il donne un éclairage aux situations difficiles, il renforce la confiance et aide les personnes fragilisées à surmonter les épreuves (Cho, 2011, p. 26). Les infirmiers à domicile sont amenés à rencontrer ces proches avec lesquels il est nécessaire de collaborer.

L'étude quantitative longitudinale de **Chan et al.** (2009) regarde les liens entre soutien formel (soins à domicile), soutien informel (proche-aidant), dépression et incapacité fonctionnelle. En préambule, il rappelle que l'incapacité fonctionnelle est clairement corrélée avec des hauts risques de dépression. Les résultats montrent que les soins à domicile ne permettent pas d'améliorer l'état de la personne dépressive. Il y a très peu de différence entre aucune aide et l'aide formelle. L'aide informelle est précieuse puisqu'elle évite une aggravation de la dépression. Enfin, les deux aides ensemble améliorent davantage les symptômes dépressifs que l'aide informelle seule. C'est finalement la complémentarité des deux approches qui donne le meilleur résultat. On peut s'étonner du peu d'influence des soins à domicile sur la régression des symptômes dépressifs. Certains biais peuvent être à l'origine de ces résultats qu'il faut nuancer : les personnes qui ont besoin des deux aides sont des personnes plus fragiles tant physiquement que psychiquement. Par ailleurs, notons que la puissance statistique de l'étude est limitée. L'auteur souligne aussi l'importance de continuer les recherches pour améliorer la nature et la qualité des soins à domicile qui ont un rôle important en tant que complément de l'aide informelle.

L'étude quantitative de **Cho et al.** (2011) compare le type d'aidant naturel et la présence de symptômes dépressifs. L'étude met en avant qu'il n'y a pas d'association entre le type d'aidant (épouse, enfants, autres personnes de la famille, amis etc.) et la dépression. En revanche, à l'inverse de la précédente étude et en contradiction avec les recherches antérieures prouvant le rôle protecteur des proches-aidants, les résultats de Cho et al. montrent que la

présence d'un proche-aidant est significativement associée avec des symptômes dépressifs. L'étude dit que les personnes âgées qui reçoivent l'aide d'un proche ont plus de risque d'avoir un état dépressif que ceux qui reçoivent les deux aides. Des biais peuvent expliquer de tels résultats (incompétence de l'aidant, mauvaise relation, dépression de l'aidant etc.) mais ce qui est important dans ces résultats selon les auteurs c'est de regarder la qualité de l'aide et le type de relation.

L'essai contrôlé randomisé de **Kerse et al.** (2010) regarde sur une période de douze mois l'impact d'un programme d'activité physique de 193 personnes âgées de 75 ans et plus et vivant à domicile. Cette étude a pour but de voir si l'activité physique régulière a un impact sur l'amélioration des symptômes dépressifs, elle est comparée avec de simples visites (groupe contrôle). Les auteurs rappellent que la baisse de l'humeur est souvent associée à la baisse de la fonction physique chez les aînés. De même, la mauvaise fonction physique s'avère être un risque important de développer une dépression. L'activité physique a le potentiel d'interrompre le développement des impotences physiques voire d'espérer une régression. Même des petits gains de performances physiques peuvent entraîner des avantages significatifs de l'état fonctionnel et de la qualité de vie des personnes âgées. Cependant, les aînés en dépression montrent une faible participation aux activités physiques. Il est donc important de faire attention au choix et à l'acceptabilité de l'activité ainsi que d'établir des objectifs réalisables. Le programme Dellite proposé dans cette étude est un programme d'activité physique élaboré à domicile comprenant des objectifs personnels à établir et encourageant les interactions sociales (un accompagnateur, souvent un membre de la famille est choisi par la personne âgée pour réaliser les activités). L'étude n'a pas de résultat positif sur l'amélioration des performances physiques. Il n'y a pas de différence significative entre les activités physiques et les visites sur les fonctions physiques, la qualité de vie et l'humeur. Cependant, tous les participants ont vu leur score GDS-15 s'améliorer au cours de l'année. On peut conclure que le contact social est aussi efficace que l'activité physique, d'autant plus que c'est probablement l'accompagnateur social qui est responsable de l'amélioration de l'humeur. Dans cette étude c'est l'aspect social des activités qui a été bénéfique. Les chercheurs se questionnent sur les faibles résultats du programme d'activités : faut-il un programme plus intensif ? Existe-t-il un problème de participation ? Y a-t-il eu une progression de la maladie au cours de l'étude ?

En définitive, les recherches de Chan et al. (2009) et Cho et al. (2011) regardent l'influence des proches aidants (aide informelle) sur les prestations de soins à domicile (aide formelle). Les deux études mettent en avant l'importance de la collaboration entre les deux types d'aide, les deux ensemble ont toujours un effet protecteur sur la dépression. L'infirmier doit savoir que ceux qui ont besoin des deux types d'aide sont des personnes plus fragiles. Les études révèlent que les proches-aidants ont une influence importante (en général positive), c'est pourquoi l'infirmier doit estimer la qualité du lien et l'aide apportée. L'infirmier doit privilégier la relation avec l'aidant et l'intégrer dans sa prise en soin.

L'étude de Kerse et al. (2010) dit qu'il est important de favoriser les activités physiques de la personne âgée en concomitances avec les interactions sociales. Finalement, le contact social peut se faire au travers d'activités ludiques qui favorisent les émotions positives grâce à des petits succès ou performances sur sa condition physique.

Ces trois articles décrivent différents aspects du soutien social et l'importance qu'il revêt dans la santé mentale de la personne. Ce premier point nous renvoie à la sphère interpersonnelle décrite par Reed. Cette sphère concerne ce qui est en lien avec les autres et l'environnement et rappelle qu'il est impossible de vivre seul, l'homme est un être relationnel. L'infirmier doit regarder les ressources externes de la personne (proches, centres d'intérêts etc.) et favoriser l'intégration de la personne dans la communauté (activités physiques, ludiques associatives). Cette mise en lien avec l'extérieur permet à la personne de sortir de sa solitude, de renouer les liens affectifs et de renforcer les sentiments d'attachement et de sécurité. Dans cette sphère, l'infirmier doit aussi veiller et prévenir la fatigue du proche-aidant. Les proches sont eux aussi à risque de développer une dépression et leur aide s'avèrera alors délétère (qualité de la relation).

#### **4.3. Améliorer la qualité de vie**

Nombre d'articles exposent les facteurs de risque et les facteurs de protection de la personne âgée de développer ou non une dépression. Les études exposant des résultats concluants ont été retenues. La liste de ces facteurs n'est donc pas exhaustive mais en détaille les principaux. Le but pour l'infirmier à domicile est de déterminer ce qui entrave la qualité de vie de la personne âgée pour diminuer les facteurs de risque modifiables. Ainsi la douleur, l'anxiété par exemple sont à évaluer. Les comportements favorisant la santé doivent être examinés. Le rôle clef de l'infirmier est à nouveau mis en avant pour permettre des soins globaux et de qualité.

L'étude quantitative longitudinale à large échantillon de **Landi et al. (2005)** montrent que 15% à 40% de personnes âgées vivant à domicile font l'expérience de la douleur quotidiennement et au moins une fois par jour. La douleur et la dépression augmentent les déficiences et donc les besoins en service de soin. Il est important de comprendre les interactions entre la douleur et la dépression. Cette étude montre que les scores de la dépression sont significativement plus faibles chez les personnes sans douleur. A l'inverse les personnes souffrant de douleur ont un risque accru d'éprouver des symptômes dépressifs. Les auteurs mettent en avant l'importance de développer une modalité de traitement qui prendrait en compte simultanément les deux paramètres de la douleur et de la dépression. Par ailleurs, la douleur induit une réduction des interactions sociales, une baisse des activités et donc une augmentation des risques de développer une dépression. Elle est une porte d'entrée dans le cercle infernal de la maladie psychique et physique (dépression et ses conséquences qui alimentent encore davantage la dépression). Des recherches futures devraient voir si en atténuant la douleur on pourrait avoir un impact sur la dépression

L'étude quantitative de **Diefenbach et al. (2011)** a comparé les résultats des auto-évaluations de la dépression (GDS-15), de l'anxiété (GAD), l'inquiétude (PSWQ) et de la qualité de vie (SF-12) des personnes âgées vivant à domicile. Les symptômes dépressifs et anxieux sont associés à la diminution de la qualité de vie (limitations fonctionnelles, statut cognitif). Parmi les variables, la douleur physique et le fonctionnement émotionnel sont prépondérants. Ces associations sont indépendantes de l'état cognitif, médical et fonctionnel. Les symptômes dépressifs sont aussi associés à une déficience de rôle. D'autres résultats en

accord avec des études précédentes montrent une association entre les symptômes de l'anxiété et de la gravité de la douleur chez les patients de soins à domicile. L'étude préconise des interventions ciblant simultanément les symptômes dépressifs et anxieux. Les interventions actuellement proposées pour la dépression ne sont pas suffisantes pour traiter l'anxiété dans cette population. L'utilisation des programmes de soins à domicile devrait croître considérablement dans les prochaines années pour prendre en compte les ressources limitées, les contraintes de temps, le manque de personnel qualifié, les besoins de base de courte durée, les stigmatisations etc. Il sera nécessaire de trouver des questionnaires standardisés pour dépister l'anxiété de manière routinière. Le PHQ-2 et le GAD s'avèrent brefs, faciles et suffisamment sensibles pour les clients âgés à domicile.

L'étude quantitative transversale de **Chang et al.** (2013) décrit la relation entre les comportements permettant de favoriser la santé et la dépression des personnes âgées vivant à domicile. On comprend qu'il n'est pas aisé de cerner et définir les comportements favorisant la santé chez les personnes âgées. Pour les évaluer, une échelle préliminaire en 5 items est utilisée. La participation sociale (participation à des activités du village par exemple), la responsabilité de sa santé (contrôle de la glycémie et de la tension artérielle par exemple), l'alimentation saine (l'apport quotidien de légumes), l'autoprotection (le port de chaussures antidérapantes) et la vie active (30 minutes d'exercices) sont cotés. Il s'agit de voir comment la personne est capable de prendre soin d'elle. Cette échelle a été comparée à la GDS-15. Les résultats de cette étude montrent que les personnes âgées réalisent peu de bons comportements la santé ; sur les vingt-et-un modes de vie sains, douze sont très peu réalisés. Il y a des différences notables entre le milieu urbain et rural. Ce dernier étant plus touché par la dépression, maladie mise en lien avec une moins grande participation sociale, à un accès restreint à l'éducation, à une hygiène moins bonne (buccale en particulier). Ces éléments sont à transférer avec prudence dans notre pays puisque le contexte culturel n'est pas le même (Taiwan). L'étude redit que l'inconfort physique est un prédicteur important de dépression. Les auteurs recommandent un soutien individualisé lors de la prise en soin d'une personne âgée qui présente des déficiences physiques afin de prévenir une dépression. L'amélioration de la qualité de vie peut se faire avec une évaluation précise de tous les éléments permettant de favoriser la santé.

La recherche qualitative prospective de **Markle-Reid et al.** (2011) décrit une intervention interprofessionnelle menée par un infirmier qui a pour but de baisser les facteurs de risque modifiables de la dépression de l'ainé vivant à domicile. C'est une recherche en cours qui a pour objectif d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de cette intervention sur une période de six mois. Même si les résultats ne sont pas encore publiés, cette recherche a le mérite de décrire précisément un protocole d'interventions fondées sur des preuves.

Comme nous l'avons vu, la dépression résulte généralement de l'interaction de multiples facteurs de risque dont beaucoup sont modifiables (troubles du sommeil, stress chronique, douleur, fatigue, isolement social etc.) L'attention accordée à ces facteurs de risque peut réduire la fréquence et la gravité de la dépression. En utilisant des outils de dépistage normalisés, en se référant aux directives thérapeutiques fondées sur les preuves et en défendant la collaboration interprofessionnelle, les soins domiciliaires pourront avoir de bons résultats. Il est



important de renforcer le rôle de l'infirmier qui a un rôle clef dans cette problématique. Le manque de normes de pratiques fondées sur les preuves pour évaluer et gérer la dépression reste un obstacle à domicile. Les modèles de soins qui facilitent l'interprofessionnalité sont de plus en plus reconnus comme une solution pour remédier aux exigences des soins. Le modèle d'intervention de cette étude se résume ainsi :

- analyse de la pratique : comment la dépression est actuellement examinée ?;
- définir des objectifs et des modèles d'intervention sur la base de la littérature empirique ;
- opérationnaliser la résolution de problème de Nezu & Perri (1989) ;
- adapter le programme de soutien de l'exercice à domicile ;
- constituer une équipe de mise en œuvre (praticiens, fournisseurs, gestionnaires, chercheurs) ;
- repenser le modèle de prestation de service.

En définitive, il est donc prouvé que l'inconfort physique diminue la qualité de vie en limitant la participation sociale. Il aggrave les déficiences physiques qui augmentent le risque de dépression. Il y a une interaction cyclique entre la dépression et le handicap en gériatrie. L'infirmier à domicile doit évaluer systématiquement et correctement la douleur de la personne âgée. La prévention de la dépression passe par celle de la douleur. Ainsi un signe de douleur est une alarme dans cette pathologie psychique. Par ailleurs de nombreux facteurs de risque sont modifiables, les recherches futures pourraient s'atteler à établir un protocole pour les évaluer et les diminuer. Ce qui ressort de ces articles, c'est l'importance de proposer des soins globaux et de regarder la personne dans son entier (et non de se limiter à un symptôme). Ainsi, beaucoup de recherches s'intéressent aux modèles de prestations de soin qui doivent être repensés pour permettre d'offrir des soins cohérents et interprofessionnels. Ce présent chapitre peut être mis en lien avec les dimensions intrapersonnelle et transpersonnelle qui permettent de comprendre quelle est la qualité de vie de la personne. L'examen de ces dimensions aide l'infirmier à comprendre la personne âgée et à évaluer ses besoins pour lui proposer des soins individualisés.

#### **4.4. Traiter la dépression**

Certaines études soulèvent la question des traitements de la personne âgée. Comme nous l'avons vu la médication chez l'ainé peut poser plusieurs difficultés : la polymédication, les polymorbidités, les problèmes d'adhérence, la stigmatisation de la maladie mentale, la méconnaissance des professionnelles. Pour ces raisons et pour d'autres encore, le traitement de la dépression est souvent inapproprié. Ainsi, les articles sélectionnés tentent de comprendre ce qui aboutit à un traitement inapproprié, et ce que la personne souhaiterait comme traitement. D'autres études s'intéressent à trouver des alternatives aux traitements médicamenteux.

L'étude quantitative transversale de **Dalby et al.** (2008) regarde sur un échantillon de 5302 personnes âgées vivant à domicile si le traitement médicamenteux (molécule, dosage) correspond à l'évaluation de la dépression. La dépression est fréquente chez la population âgée et le risque de mal la traiter est prépondérant. Dans cette étude, les infirmiers à domicile utilisent le programme

informatisé RAI-HC qui intègre des protocoles d'évaluation clinique. Pour l'évaluation de la dépression, la DRS a été validée, un score supérieur à trois alerte sur la possible présence d'une dépression. Si le diagnostic de l'état psychiatrique est bien documenté sur le RAI-HC, ce dernier peut prédire la pharmacothérapie appropriée et aider au bon suivi de la maladie. Les résultats de cette étude montrent que seulement 17% des patients reçoivent un antidépresseur approprié, dont plus de la moitié des patients (64,5%) a potentiellement reçu un traitement inapproprié. Par ailleurs, les variables indépendantes montre que le fait d'avoir plus de 75 ans, d'avoir des proches-aidants stressés, de présenter plusieurs comorbidités sont des facteurs de risque de recevoir un mauvais traitement. La DRS peut aider à attirer l'attention sur une dépression, elle ne remplace pas l'avis d'un spécialiste en santé mentale. En effet, les clients ayant reçu un diagnostic psychiatrique formel sont moins susceptible de recevoir un traitement médicamenteux inapproprié. L'étude fait le constat que les infirmiers utilisent mal et exploitent peu le RAI-HC souvent par méconnaissance des troubles psychiatriques. Ainsi, en améliorant la formation en santé mentale, les instruments d'évaluation standardisée des soins domiciliaires représentent une opportunité pour améliorer le suivi en psychiatrie. Il est possible de changer les habitudes et les pratiques en adoptant correctement un outil validé comme le RAI-HC.

L'article quantitatif de **Raue et al.** (2011) examine les préférences de traitements de la dépression d'une population âgée à risque vivant à domicile. Les auteurs ont demandé à 256 patients déprimés : « à partir de votre expérience et selon comment vous vous sentez en ce moment, quels traitements suivants serait votre 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> choix ? ». Si le patient ne présente pas de dépression, la question est la suivante : « si vous souffriez d'une dépression grave, quels traitements suivants serait votre 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> choix ? ». 121 personnes soit 47% choisirait un traitement actif (48 : médicament ; 45 : psychothérapie ; 17 : les deux ensemble et 11 : groupe psychothérapeutique) contre 135 personnes soit 53% préféreraient un traitement non actif (38 : activité spirituelle ou religieuse ; 33 : exercices physiques ; 18 : autres activités ; 3 : phytothérapie ; 26 : ne rien faire en réponse à la dépression ; 17 : ne sais pas).

Un diagnostic de dépression majeure ou mineure n'est pas associé à une préférence de traitement. Le traitement actif est associé au sexe masculin, au nombre d'année d'étude, au groupe ethnique (blanc et hispanique), à une plus grande déficience dans les AIVQ<sup>20</sup> et à une moins grande stigmatisation personnelle concernant la maladie mentale. On peut constater la grande variété de préférence allant d'un traitement actif à ne rien faire du tout en passant par des activités spirituelles ou religieuses. Même si cette étude présente certaines limitations (puissance statistique non atteinte, étude fondée sur une hypothétique question), elle a le mérite de soulever des questions essentielles concernant le traitement de la dépression. La question de l'adhérence au traitement montre l'importance d'évaluer l'image que la personne a de la maladie (stigmatisation) son niveau d'éducation et son niveau de handicap peuvent jouer un rôle fondamental. Cette première question permet d'accéder à la compréhension de la personne sur ses éventuelles résistances au traitement. Il est nécessaire de

---

<sup>20</sup> Ce qui correspond à une plus grande détresse et donc à un besoin accru d'un traitement actif.

considérer les orientations et les préférences de la personne et de lui proposer un traitement individuel et personnalisé.

L'étude quantitative de **Stinson et Kirk** (2005) compare de manière expérimentale deux types d'interventions infirmières auprès d'une population de femmes âgées vivant dans un établissement spécialisé : la thérapie de réminiscence (n=12) versus les activités habituelles de l'établissement (groupe contrôle, n=12). Le but de l'étude est de voir si la thérapie de la réminiscence peut réduire les symptômes dépressifs et augmenter l'auto-transcendance. Ils vont déterminer l'ampleur de la relation entre la dépression (GDS-30) et de l'auto-transcendance (STS-15) en raison de deux séances hebdomadaires pendant six semaines. Les auteurs souhaitent trouver des alternatives au traitement médicamenteux qui peuvent s'avérer délétères avec l'avancée en âge (en lien avec les problèmes d'adhérence, de comorbidité, d'overdoses etc.) alors que c'est l'une des premières modalités utilisées pour traiter la dépression. Les antidépresseurs peuvent entraîner des effets secondaires néfastes, sans pour autant atténuer les symptômes dépressifs. Les auteurs rappellent que des études antérieures ont prouvé qu'en augmentant le niveau de ST, les symptômes dépressifs diminuaient. La question est de savoir ce qui peut permettre d'augmenter la ST. Les auteurs partent de l'hypothèse que la technique de la réminiscence pourrait aider à faire augmenter les taux de ST. Cette technique est une norme de pratique infirmière selon l'ANA qui permet de se connecter avec soi, à ses émotions, à son passé en donnant du sens aux événements et de regarder ce qui est positif. Par cette approche, le patient travaille aussi la relation et la qualité du lien avec l'infirmier, point potentiellement vecteur d'émotions positives. Après six semaines, les résultats ont révélés une diminution non significative de la dépression mais une sensible augmentation de la ST dans le groupe de la réminiscence ce qui indique une tendance vers un résultat positif. Il faut souligner un échantillonnage très faible (N=24) impliquant une faible puissance statistique. Par ailleurs, il y a différents types de thérapie de la réminiscence avec des méthodologies propres à chacune, il n'est donc pas possible de comparer les résultats de différentes recherches. Les auteurs concluent que la réminiscence pourrait être une intervention pour réduire la dépression et augmenter la ST, mais il est nécessaire de réaliser une étude plus importante pour confirmer ces premiers résultats.

En définitive, le traitement de la dépression répond à plusieurs difficultés : celle des soignants, celle des patients ou encore celle de la recherche qui n'est qu'à ses premiers balbutiements concernant les alternatives médicamenteuses. A nouveau, la recherche de Dalby et al. (2008) met en avant l'importance d'améliorer les connaissances pour les professionnels qui travaillent à domicile. Le risque est important que la personne âgée en dépression reçoive un mauvais traitement (problème de dosage, de molécule, d'interactions, d'adhérence). Connaître les traitements médicamenteux, reconnaître les effets secondaires, travailler avec le patient sa compliance, évaluer si la posologie est suffisante ou trop importante, demander l'avis d'un spécialiste sont des points à travailler lors des formations infirmières continues. Les problèmes liés aux traitements de la dépression sont à mettre en lien avec l'évaluation des besoins et les valeurs du patient. L'infirmier à domicile doit comprendre l'expérience de la personne pour pouvoir s'adapter aux variabilités individuelles. Ce qu'il ressort de l'article de Raue

et al. (2011) est qu'il existe un décalage important entre les préférences des personnes âgées et le type de traitement qu'elles reçoivent pour la dépression, à savoir que plus de la moitié des personnes interrogées ne souhaite pas recevoir de traitement actif. C'est pourquoi, il est nécessaire de trouver des alternatives pour respecter les choix des personnes et éviter qu'elles se retrouvent sans traitement. Comme le souligne Stinson et Kirk (2009), un haut niveau de ST est corrélé avec un moindre risque de développer une dépression. Les recherches futures pourraient s'intéresser à trouver des moyens d'augmenter la ST chez les personnes âgées à domicile. La technique de la réminiscence peut faire partie de ces moyens.

#### 4.5. Recommandations

Avant de présenter les dix recommandations qui ressortent de ce travail, il est nécessaire de faire quelques remarques préliminaires. Tout d'abord, les articles sélectionnés traitent de beaucoup d'éléments disparates. Il est donc difficile de hiérarchiser les recommandations qui ne suivent donc pas un ordre de priorité mais plus une logique personnelle. Pour l'ensemble des articles, c'est avant tout l'approche globale et multidisciplinaire qui prédomine. Nombre d'études mettent aussi en avant l'importance de mettre en place des évaluations standardisées, les programmes de soins domiciliaires globaux sont en pleine expansion. Il est difficile actuellement de comparer les différents résultats des outils d'évaluation de la dépression pour voir lesquels sont les plus performants, à savoir que tous ont été validés. Un long travail d'harmonisation, de comparaison et de traduction<sup>21</sup> est à faire.

	Recommandations	directives
1	Dépister systématiquement la dépression de la personne âgée	-Utiliser des outils simples, rapides et fiables (Gellis, 2010) -CES-D-11 (Gellis, 2010); -GDS (Kerse & al.; Diefenbach & al., 2011; Chang & al., 2013); -DRS (RAI-HC) (Dalby & al., 2008).
2	Prescrire un traitement médicamenteux adéquat	-Se référer à un spécialiste (Dalby & al., 2008).; -travailler l'adhérence, faire de l'éducation thérapeutique (ibid.); -surveiller les effets secondaires et indésirables (ibid.).
3	Lutter contre l'isolement	-Améliorer la collaboration infirmier/proche-aidant (Chan & al., 2009); -combiner l'aide formelle et informelle (ibid.); -partager les connaissances sur la maladie avec les proches (ibid.); -évaluer la qualité du lien avec le proche (Cho & al., 2011); -permettre à la personne âgée de retrouver un rôle dans la société (Diefenbach & al. 2011).

<sup>21</sup> Outils souvent en anglais, sont à adapter à la culture linguistique.

4	Utiliser l'échelle de la Self-Transcendance pour se connecter avec les ressources de la personne	-Comprendre toutes les ressources de la personne (Haugan & Innstrand, 2012).
5	Proposer des activités physiques en concomitance avec des interactions sociales	-Favoriser l'activité physique et la socialisation (Kerse & al., 2010); -activer le réseau (Markle-Reid & al. 2011).
6	Traiter les facteurs favorisant la survenue d'une dépression	-Evaluer et traiter la douleur (Landi & al., 2005 ; Diefenbach & al., 2004) ; -soulager l'anxiété (Diefenbach & al., 2004) ; -diminuer l'inconfort physique et le stress (Chang & al., 2013) ; -développer des outils pour une évaluation globale, rapide et facile de la personne (RAI-HC) (Dalby & al., 2008).
7	Proposer des soins individualisés et globaux	-Individualiser les soins (Chang & al., 2013) ; -proposer des soins globaux (Markle-Reid & al., 2011) ; -utiliser adéquatement les programmes de soins domiciliaires (Brown & al., 2004; Dalby & al., 2008) ; -respecter les valeurs, les choix, et les préférences de traitements de la personne (Raue & al., 2011).
8	Proposer un soutien psychothérapeutique	-Augmenter le niveau de ST (Stinson & Kirk, 2005) ; -développer des outils ou des thérapies pour augmenter la ST (ibid.).
9	Faciliter la collaboration interprofessionnelle	-Assurer la continuité des soins (Markle-Reid & al., 2011); -se coordonner avec d'autres professionnelles (Brown & al., 2004).
10	Permettre l'accès aux formations infirmières	-Accéder à la formation continue (Brown & al., 2004) ; -et à la formation spécifique (Butler & Quayle, 2007 ; Dalby & al. 2008).

## Conclusion

La présente étude s'est attachée à apporter des éléments de réponse sur comment prendre soin de la personne âgée souffrant de dépression lors d'une intervention infirmière à domicile. Les éléments de « bonne pratique » retenus considèrent à la fois les aspects préventifs, évaluatifs et interventionnels.

Afin de cerner le thème de l'étude, il était important de préciser sa pertinence et son impact sociétal à l'aide de données épidémiologiques. Il ressort que la dépression touche majoritairement les aînés alors qu'elle est sous-diagnostiquée et sous-traitée dans cette population. Sans traitement, les symptômes psychiques et physiques de la personne s'exacerbent et peuvent conduire à des drames humains ; placements précoces en institution, hospitalisations, invalidités, arrêts volontaires des traitements, morbidités, suicides. La problématique des soins à domicile est à la fois de répondre à la demande croissante des besoins sociétaux et de continuer à réfléchir à des programmes de soins garantissant la qualité, l'efficience et la pertinence des interventions. Les données scientifiques relèvent qu'actuellement, la majorité des infirmiers à domicile ne détecte pas la dépression de la personne âgée par défaut de dépistage standardisé, par méconnaissance de la maladie, par manque de temps etc. Le dépistage systématique est le premier pas avant de proposer des interventions de soins. Les étapes suivantes pour soutenir l'aîné souffrant de dépression est de s'assurer qu'il reçoit un traitement adéquat et suffisant puis de lutter contre son isolement (proches-aidants, réseaux, associations, activités physiques etc.).

Les concepts clefs ont été développés afin de consolider l'apport théorique de cette étude, une large part s'est attachée à décrire la dépression de la personne âgée qui revêt des particularités qu'il est primordial de connaître. Dans ce sens certaines recommandations mettent en avant l'importance de suivre une formation continue et spécifique, de croiser les regards par la collaboration interprofessionnelle et d'intégrer le proche-aidant dans les soins.

Le cadre de référence a permis d'ancrer la recherche dans la discipline infirmière. La Self-Transcendance promeut un regard intégratif qui permet de se connecter aux ressources de la personne. Le message de Reed s'accorde avec certaines recommandations qui promeuvent des soins individualisés et globaux afin de répondre aux besoins spécifiques de la personne : traiter les facteurs favorisant la dépression comme la douleur et l'anxiété et proposer un soutien psychothérapeutique.

La méthodologie de ce travail a été explicitée (PICO, critères d'inclusion et d'exclusion, diagramme de flux, grilles d'analyse). Les articles ont été analysés et les résultats ont été mis en lien avec les concepts fondamentaux de la théorie infirmière. Par la discussion des articles, nous avons pu dégager des recommandations.

Il a fallu délimiter notre sujet et beaucoup de points restent inexploités ou trop superficiellement étudiés. Nous avons abordé l'évaluation de la dépression, le soutien social, l'amélioration de la qualité de vie et le traitement de la dépression, autant de thèmes qui mériteraient d'être davantage développés. Nous relevons également deux thèmes qui ont peu été traités et qu'il serait intéressant dans le futur d'étudier. Il s'agit de la spiritualité et de la démence. Ces thématiques semblent avoir une importante influence -positive ou négative- sur la progression de la maladie dépressive.

En définitive, la prise en soin de la dépression de l'ainé crée de nombreux défis : les besoins médicaux et infirmiers sont complexes et intriqués, les facteurs personnels peuvent entrer en ligne de compte comme la stigmatisation de la maladie, les peurs ou l'isolement, les manques de ressources financières et de moyen de transport peuvent entraver l'accès aux soins, enfin les professionnels de la santé peuvent ne pas être à l'aise avec la maladie mentale.

Nous pouvons garder à l'esprit ces quelques pistes de réflexion dans la prise en soin des personnes âgées et se rappeler qu'en tant qu'infirmier, nous avons une responsabilité individuelle et professionnelle qui répond, comme le dit Hirsch (2004) au « devoir de non abandon ». Ce devoir s'accorde aux questions éthiques de dignité d'accompagner au mieux la personne dans son développement. Il est important enfin de changer notre regard sur la personne âgée qui semble traduire le mal sociétal, comme le dit Thomas et Hazif-Thomas (2012[2]) « la dépression de la personne âgée n'est pas une fatalité et sa guérison reste possible, rendant au sujet âgé son identité et la place familiale et sociale qu'il n'aurait jamais dû quitter » (p. 254).

## Bibliographie

- Altintas, E. & Guerrien, A. (2009). Orientation motivationnelle et symptomatologie dépressive chez la personne âgée. *L'Encéphale*, 35, 115-120.
- Barhoumi, A., Gaha, L., Hajem, S., Hammami, S., Koubaa, N. & Laouami Kechrid, C. (2012). Dépistage de la dépression chez une population âgée vivant à domicile. Intérêt de la « Mini-Geriatric Depression Scale ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 60 (4), 287-293.
- Bruce, M.L. & Holf, R.A. (1994). Social and physical health risk factors for first onset major depressive disorder in a community sample. *Social psychiatry, Psychiatry Epidemiology*, 29(4), 165-171.
- Bulechek, G.M., Butcher, H. K. & McCloskey Dochterman, J. (2010), *Classification des interventions de soins infirmiers, CISI/NIS*, (5<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Byer, A. L., Sheeran, T., Mlodzianowski, A. E., Meyers, B. S., Nassisi, P., Bruce, M. L. (2008). Depression and risk for adverse falls in older home health care patients. *Research in gerontological Nursing*, 1(4), 245-251.
- Capber, A. (2013). *La Thérapie de Résolution de Problème pour la dépression du grand âge, adaptation française The Over-60 Research Unit*. Neuropsychologie et psychopathologie du vieillissement : Université Montpellier 3.
- Vézina, J., Landreville, P. & Cappelier, P., (2013). *Psychologie gériatrique*, (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière Education.
- Caza, N. (2013). Se souvenir pour mieux vieillir. *Gériatrie et Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11(1), 82-86.
- Charazac, P. (2011). *L'aide-mémoire de psycho-gériatrie*. Paris : Dunod.
- CIM-10 (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, description cliniques et directives pour le diagnostic. CIM-10/ICD-10*. OMS. Paris : Masson.
- Coward, D. D. & Reed, P. G. (1996). Self-transcendence: a resource for healing at the end of life. *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 275-288.
- Coward, D. D. & Kahn, D. L. (2004). Resolution of spiritual disequilibrium by women newly diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 24-31.
- Coward, D. D. (2014). Self-transcendence theory, In Alligood M. R. *Nursing Theorists and their work* (4<sup>e</sup> éd.). Paris: Elsevier, 574-592.
- Dallaire, C. (dir.). (2008). *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- DSM-IV (2007), Association américaine de psychiatrie (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4<sup>e</sup> éd.). Traduction française par Guelfi, J.D. & al. Paris : Masson.
- DSM-V (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>e</sup> éd.) Washington: American Psychiatric Association.
- Ducharme, F., Kérouac, S., & Pepin, J. (2010). *La pensée infirmière*. Québec: Chenelière éducation.
- Ellerman, C. & Reed, P. G., (2001). Self-transcendence and depression in middle-age adults. *West Journal Nursing Research*, 23, 698-713.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge, analysis and evaluation of nursing models and theories*. (2<sup>e</sup> éd.). Philadelphie: Fawcett.
- Fortin, M. F. & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: Chenelière Education.



- Freyheit, S. (2009). *La luminothérapie et ses principales applications* (Thèse). Nancy :Faculté de pharmacie.  
Accès [http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDPHA\\_T\\_2009\\_FREYHEIT\\_SAR\\_AH.pdf](http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDPHA_T_2009_FREYHEIT_SAR_AH.pdf)
- Gallarda, T. & L  o, H. (2009). Dépression et personnes âgées. *L'encéphale*, 35, 269-280.
- Giordana, J. Roelandt, Y. & Porteaux, J. L. (2010). La santé mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'encéphale*, 1(3), 59-64.
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2007, version longue). Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé, propositions d'actions concertées.  
Accès [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription\\_psychotropes\\_sujet\\_age\\_version\\_courte\\_2007\\_11\\_07\\_19\\_34\\_38\\_576.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_version_courte_2007_11_07_19_34_38_576.pdf)
- Haugan, G, Rannestad, T., Garasen, H., Hammervold, R. & Espnes, G. A. (2011). The self-transcendence scale: An investigation of the factor structure among nursing home patients. *Journal of Holistic Nursing* 20(5), 1-13.
- Hervy, M.-P., Molitor B., M.-B., Beguin, V., Chahbenderian, L & Farah, S. (2005). *Gérontologie, G  rontopsychiatrie, soins infirmiers*(4     d.). Paris : Masson.
- Hirsh, E. (2004). Vieillesse : le devoir de non-abandon. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2, 19-22.
- H  pfinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse-Prévisions et scénarios pour le 21   siècle*, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Berne : Hans Huber Verlag.
- Lacoste, L. & Trivalle, C. (2005).   chelles d'évaluation de la dépression en consultation gérontologique. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 5, 44-51.
- Le Quellec, S., Fontaine, R. & R  vill  re, C. (2005).   valuation de l'efficacité d'un entraînement mnésique chez des personnes très âgées dépressives institutionnalisées. *Psychologie français*, 50(2), 437-450.
- L  o, H. & Gallarda, T. (2000). *Troubles dépressifs et personnes âgées*. Paris: John Libbey eurotext.
- Luppa, M., K  nig, H.-H., Heider, D., Leicht, H., Motzek, T., Schomerus, G. & Riedel-Heller, S. (2012). Direct costs associated with depressive symptoms in late life: a 4-5 years prospective study. *International Psychogeriatrics*, 25(2), 292-302.
- Mauriat, C., De Stampa, M., Simana, F., Jouannet, M., Garnier, B. & Cassou, B. (2009). Piste de réflexion à l'intention des professionnels du domicile faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile. *Gérontologie et Société*, 131(4), 81-97.
- Micas, M., Arbus, C., Nourhashemi, F. & Vellas, B. (2003). Prise en charge de la dépression de la personne âgée. *Revue de Gériatrie*, 28(6), 507-514.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *The British Journal of Psychiatry*, 141, 135-142.
- Nanda internationale (2009). *Diagnostics infirmiers, définitions et classification 2009-2011*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Natari, L. & Delgrande Jordan, M. (2012). *La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés*. Lausanne: Addiction Suisse, OFSP.  
Accès [file:///T:/Downloads/alkohol\\_im\\_alter%20\(1\).pdf](file:///T:/Downloads/alkohol_im_alter%20(1).pdf)
- Nezu, A.M. & Perri, M.G. (1989) Social Problem-Solving Therapy for Unipolar Depression: An Initial Dismantling Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 408-413.

- Office fédéral de la Santé, OFS [1], (2013), *Enquête suisse sur la santé 2012, vue d'ensemble*.  
Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5353>
- Office fédéral de la Santé, OFS [2], (2013), *Prévention du suicide et repérage*.  
Accès <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/14180/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la Santé, OFS [3], (2013), *Santé psychique*.  
Accès <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14150/14151/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la Santé, OFS [4](2013) *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) résultats 2011*.  
Accès [http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2013/informations\\_statistiques/autres\\_themes/is\\_spitex\\_04\\_2013.pdf](http://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2013/informations_statistiques/autres_themes/is_spitex_04_2013.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS [1], (2012). *La dépression*.  
Accès [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/)
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS [2], (2012). *Stratégie et plan d'action pour bien vieillir en Europe 2012-2020*.  
Accès [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/175545/RC62wd10Rev1-Fre.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/175545/RC62wd10Rev1-Fre.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS [3], (2012). *Vieillir en bonne santé : politiques et interventions prioritaires*.  
Accès [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/161932/policy-brief-on-healthy-ageing-FRE.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/161932/policy-brief-on-healthy-ageing-FRE.pdf?ua=1)
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS [4], (2013). *Santé mentale et vieillissement*.  
Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
- Palmer, B., Griffin, M.T.Q., Reed, P. & Fitzpatrick, J.J. (2010). Self-transcendence and work engagement in acute care staff registered nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(2), 138-147.
- Pickett, Y., Raue, P. J., & Bruce, M. L. (2013). Late-Life Depression in Home Healthcare. *Aging Health*, 8(3), 273-284.
- Poinot, R. & Antoine, P. (2008). *La résolution de problèmes en psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401
- RAI-HC Suisse (2010). *Instrument d'évaluation des besoins pour les SAD, informations professionnelles*.  
Accès [http://www.qsys.ch/dwl/spitex/RAI-HC%20kurzdoku\\_F.pdf](http://www.qsys.ch/dwl/spitex/RAI-HC%20kurzdoku_F.pdf)
- Reed, P. G. (1986). Developmental resources and depression in the elderly. *Nursing Research*, 35, 368–374.
- Reed, P. G. (1991). Toward a Nursing Theory of Self-Transcendence - Deductive Reformulation Using Developmental Theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77.
- Reed, P. G. (2008). The theory of self-transcendence. In Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2008), *Middle range theory for nursing* (3<sup>e</sup> éd.). New-York: Springer.
- Reed, P.G. (2010). Pamela Reed's Theory of Self-transcendence. In Parker, M. E. & Smith, M. C. (2010). *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia, F.A. Davis Company, p. 417-427.
- Rigaud, A.-S., Bayle, C., Latour, F., Lenoir, H., Seux, M.-L., Hanon, O., Péquignot, R., Bert, P., Bouchacourt, P., Moulin, F., Cantegreil, I., Wenisch, E., Batouche,

- F. & de Rotrou, J.,(2005). Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC-Psychiatrie*, 2, 259–281.  
Accès:[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD\\_Prevention\\_du\\_suicide\\_Propositions\\_081013.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf)
- Rigaud, A.-S., Gallarda, T., Zajdenweber, M., Mangin, R., Pinard, L., Guillaumot, P. & al. (2013). *Prévention des suicides chez les personnes âgées*. Paris: Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées.
- Rixt, F, Dick, F, Twisk, J., Elly, M., Witte, J.G. & Eus, J.W. (2008).Effect of bright light and melatonin on cognitive and non-cognitive function in elderly residents of group care facilities. *Journal of the American Medical Association*, 299, 2642-2655.
- Rozefort, W. R. & Belanger, H. (2012). Des outils diagnostiques et thérapeutiques, comment les démêler sans trop se mêler ?. *Le médecin du Québec*, 47(9), 29-35.
- Schuler, D., Burla, L. (2012). *La santé publique en Suisse, Monitoring 2012, Rapport 52*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Rüesch, P., Weiss, C. (2007). *La santé publique en Suisse, Monitoring, document de travail*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Secrétariat du Grand Conseil (RD 952, 2012). Rapport du conseil d'état au grand conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en pertes d'autonomie.  
Accès: <http://www.ge.ch/grandconseil/data/texte/RD00952.pdf>
- Seematter-Bagnoud, L., Fustinoni, S., Meylan, L., Monod, S., Junod, A., Büla, C. & Santos-Eggimann, B. (2012). *Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation des personnes âgées*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Smith, M. J. & Liehr, P. R. (2008). *Middle range theory for nursing* (3<sup>e</sup> éd.). New-York: Springer.
- Spinewine, A. (2012). *Pour un bon usage des antidépresseurs chez la personne âgée*. Bruxelles : Rencontres de gériatrie.  
Accès <http://www.farm.ucl.ac.be/cfcl/conferences/2012/Rencontres-geriatrie-Bruuxlles-02-06-2012/Spinewine-antidepresseurs-02-062012.pdf>
- Spitex,(2003).*Arguments en faveurs du RAI-Domicile Suisse*. Berne.  
Accès <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/F8C925A718.pdf>
- Tanner, E. K. (2005) Recognizing Late-Life Depression: Why is This Important For Nurses in the Home Setting. *Geriatric Nursing*, 26(3), 145-149.
- Thomas. P. & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 126(3), 141-155.
- Thomas, P. Hazif-Thomas, C. (2012[1]). *La démotivation en gériatrie*. Paris: géront'au présent.
- Thomas, P. Hazif-Thomas, C. (2012[2]). La dépression de la personne âgée. *La revue de Gériatrie*, 37(4), 247-255.
- Tourtauchaux, R., Darcq, N., Schmitt, A., Vaille-Perret, E., Jalenques, I. (2004). Antidépresseurs et personne âgée. *Annales Médico-Psychologique*, 162, 84-86.
- Van Rompae, C. (2003). Solitude et vieillissement. *Pensées Plurielles*, 2, 31-40.
- Weimann Péru, N. & Pellerin, J. (2010). Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. *L'encéphale*, 36, d. 1-6.

## Articles de recherche :

- Brown, E. L., Bruce, M. L., Mc Avay, G. J., Raue, P. J., Lachs, M. S. & Nassisi, P. (2004). Recognition of Late-Life Depression in Home Care: Accuracy of the Outcome and Assessment Information Set. *Journal American Geriatric Society*, 52(6), 995-999.
- Butler, M. P. & Quayle, E. (2007). Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. *International Journal of Older People Nursing*, 2, 25-35.
- Chan, N., Anstey, K. J., Windsor, T. D. & Luszcz, M. A. (2009). Disability and Depressive Symptoms in Later Life: The Stress-Buffering Role of Informal and Formal Support. *Gerontology*, 57, 180-189.
- Chang, C.-F., Lin, M. H., Wang, J., Fan, J.-Y., Chou, L.N., & Chen, M. Y. (2013). The Relationship between Geriatric Depression and Health-Promoting Behaviors among Community-Dwelling Seniors. *The Journal of Nursing Research*, 21(2), 75-82.
- Cho, E., Lee, N.-J., Kim, E.-Y. & Strumpf, N. E. (2011). The impact of informal Caregivers on Depressive Symptoms among Older Adults Receiving Formal Home Health Care. *Geriatric Nursing*, 32(1), 18-28.
- Dalby, D. M., Hirdes, J. P., Hogan, D. B., Patten, S. C., Beck, C. A., Rabinowitz, T., & Maxwell, C. J. (2008). Potentially inappropriate management of depressive symptoms among Ontario home care clients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 650-659.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F. & Gilliam, C. M. (2011). Impairments in life quality among clients in geriatric home care: associations with depressive and anxiety symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 828-835.
- Gellis, Z.D. (2010). Assessment of a Brief CES-D Measure for Depression in Homebound Medically Ill Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(4), 289-303.
- Haugan, G. & Innstrand, T. S. (2012). The effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively intact Nursing Home Patients. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 2012, 1-10.
- Kerse, N., Hayman, K. J., Moyes, S. A., Peri, K., Robinson, E., Dowell, A.,...Arroll, B. (2010). Home-Based Activity Program for Older People with Depressive Symptoms: DeLLITE-A Randomized Controlled Trial. *Annals of family medicine*, 8(3), 214-223.
- Landi, F., Onder, G., Cesari, M., Russo, A., Barillaro, C. & Bernabei, R. (2005). Pain and Its Relation to Depressive Symptoms in Frail Older People Living in the Community: An Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(3), 255-262.
- Markle-Reid, M. F., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Hoch, J. S., Browne, G., Peirce, T. & Busing, B. (2011). Reducing depression in older home care clients: design of a prospective study of a nurse-led interprofessional mental health promotion intervention. *BMC Geriatrics*, 11(50), 2-21.
- Raue, P. J., Weinberger, M. I., Sirey, J. A., Meyers, B. S. & Bruce, M. L. (2011). Preference for Depression Treatment among Elderly Home Health Care Patients, *Psychiatric services*, 62(5), 532-537.
- Stinson, C. K. et Kirk, E. (2005). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older woman. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 208-218.

## Annexes

### 1. Annexe I : tableau analytique des articles

Pour analyser plus spécifiquement les articles, ils ont été détaillés sous forme de tableau incluant : la référence bibliographique ; le thème général ; le type d'étude ; l'origine de l'article ; le domaine scientifique ; les mots clefs ; l'échantillon ; les outils d'évaluation utilisés pour l'étude<sup>22</sup> ; le résumé ; les résultats ; les limites énoncées par les auteurs.

Auteurs	Présentation de l'article
<b>Brown &amp; al. (2004)</b>	<p><u>Référence</u> : Brown, E. L., Bruce, M. L., Mc Avay, G. J., Raue, P. J., Lachs, M. S. &amp; Nassisi, P. (2004). Recognition of Late-Life Depression in Home Care: Accuracy of the Outcome and Assessment Information Set. <i>Journal American Geriatric Society</i>, 52(6), 995-999.</p> <p><u>Thème général</u> : évaluation de la fidélité d'un programme de soin à domicile pour reconnaître la dépression des personnes âgées.</p> <p><u>Etude</u> : quantitative, comparative</p> <p><u>Origine article</u> : Etats-Unis</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots Clefs</u> : évaluation infirmière ; dépression ; soins à domicile ; OASIS.</p> <p><u>Échantillon</u> : 220 patient âgée de 65 ans et plus.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : OASIS: SCID (axe I du DSM-IV); ICD; ADLs; IADLs, MMSE; CCI.</p> <p><u>Résumé</u> : l'étude compare les méthodes de classification de la dépression du programme OASIS avec l'entretien clinique structuré (SCID). OASIS est un programme complexe utilisé par les infirmiers à domicile dans le Westchester, il comprend la facturation, les données sociodémographiques, environnementales, le statut de santé et fonctionnel et les besoins en services des utilisateurs. Les services sont programmés et le patient reçoit des soins qualifiés. Pour détecter la dépression, OASIS se concentre uniquement sur deux des principaux axes de la dépression : la baisse d'intérêts aux activités et l'humeur dépressive. L'étude a pour but de voir si le programme OASIS détecte aussi fidèlement la dépression qu'une évaluation clinique semi structurée.</p> <p><u>Résultats</u> : Les infirmiers ont pu détecter 13 cas sur les 35 personnes âgées ayant eu un diagnostic de dépression par le SCID. Ainsi, la dépression n'est pas correctement évaluée par les infirmiers utilisant OASIS. Pourtant ce programme a un haut potentiel pour dépister cette maladie (47,1 sensibilité et 94,6 spécificité) mais l'outil reste trop peu inexploité. L'étude relève l'importance de bien communiquer et de transmettre les informations évaluées. La formation continue et des programmes</p>

<sup>22</sup> Voir annexes, liste d'abréviation des outils d'évaluations.

	<p>d'entraînement sont essentiels pour améliorer les évaluations à domicile.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : Il y a un risque de faire persister la non-reconnaissance de la dépression puisque OASIS et l'entretien clinique sont effectués par les infirmiers. L'étude ne permet pas de généraliser les données à d'autres agences de soin puisqu'elle se concentre que sur l'une d'entre elles. Enfin, cette recherche a été menée au début du programme OASIS, les données peuvent s'améliorer avec la poursuite des efforts pour former les professionnels.</p>
<b>Butler &amp; Quayle (2007)</b>	<p><u>Référence</u> : Butler, M. P. &amp; Quayle, E. (2007). Training primary care nurses in late-life depression: knowledge, attitude and practice changes. <i>International Journal of Older People Nursing</i>, 2, 25-35.</p> <p><u>Thème général</u> : la formation des infirmiers pour mieux détecter la dépression des personnes âgées et améliorer les soins.</p> <p><u>Etude</u>: quantitative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Ireland</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : comportement ; dépression ; éducation ; personne âgée ; soins primaires ; dépistage.</p> <p><u>Échantillon</u> : 253 infirmiers des soins généraux.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : questionnaire sur les informations démographiques, la dépression, les comportements face à la dépression et des questions pratiques.</p> <p><u>Résumé</u> : la dépression est fréquente chez la personne âgée, elle est associée à des conséquences psychosociales avec un risque important de suicide. Si elle est détectée dans les soins primaires, la dépression est traitable. Les infirmiers ont un rôle clef dans ce dépistage. Les programmes de formation devraient considérer spécifiquement les attitudes de base des infirmiers qui sont liées aux contraintes de temps et aux demandes des patients. Il est important de prendre en compte ces deux contraintes lors des formations. Dans cette étude, le programme de formation des infirmiers est de seize heures sur deux week-ends avec plusieurs évaluations (avant et après la formation). Les buts de l'étude sont de tester l'efficacité du programme d'enseignement et de voir son impact sur les soins.</p> <p><u>Résultats</u> : après la formation, les infirmiers pensent que les désordres dépressifs peuvent s'améliorer grâce aux traitements médicamenteux. C'est une donnée importante car la formation permet de déconstruire les croyances sur l'inefficacité des antidépresseurs. Par ailleurs, avant la formation, les infirmiers ont du mal à appréhender les questions existentielles des dépressions des personnes âgées. Les conséquences de cette formation sont des changements d'attitude des infirmiers et une meilleure offre de soin. Ainsi, une formation de base sur la dépression des personnes âgées peut avoir un impact positif sur les connaissances des infirmiers et sur leurs attitudes.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : il est difficile d'évaluer quels éléments du</p>

	programme ont été les plus bénéfiques.
<b>Chan &amp; al. (2009)</b>	<p><u>Référence</u>: Chan, N., Anstey, K. J., Windsor, T. D. &amp; Luszcz, M. A. (2009). Disability and Depressive Symptoms in Later Life: The Stress-Buffering Role of Informal and Formal Support, <i>Gerontology</i>, 57, 180-189.</p> <p><u>Thème général</u> : l'effet protecteur sur le stress des soutiens formels et informels dans la dépression du sujet âgé.</p> <p><u>Etude</u>: longitudinale, quantitative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Australie</p> <p><u>Science</u> : médicale</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u>: soutien formel ; soutien informel ; incapacité ; symptômes dépressifs ; soins à domicile.</p> <p><u>Échantillon</u>: 1359 personnes âgées de 70 ans et plus vivant à domicile.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u>: MMSE ; nombre de maladies chroniques ; nombre de médicaments ; réseaux sociaux informels, AIVQ ; IADL ; ADL ; Nagi-5 item (handicap fonctionnel) ; CES-D.</p> <p><u>Résumé</u> : l'étude regarde dans quelle mesure les différents types de soutien peuvent protéger la personne âgée avec des incapacités fonctionnelles contre la dépression. Le soutien peut être formel (réseau de soin) ou informel (les amis, la famille, le voisinage). Les incapacités fonctionnelles sont fréquentes avec l'avancée en âge et sont liées à un risque accru de symptômes dépressifs, de mortalité et une baisse significative de la qualité de vie. Les recherches antérieures ont montré le rôle protecteur du soutien formel, émotionnel, instrumental et informationnel. Les aidants informels fournissent la majorité de l'aide aux personnes âgées vivant dans la communauté.</p> <p><u>Résultats</u> : la présente étude est intéressante puisqu'elle analyse l'impact du soutien formel et conclue que ce dernier, seul, ne suffit pas pour protéger la personne âgée de la dépression. Elle montre que c'est la qualité plutôt que la quantité du soutien qui aurait un plus grand impact. Associés, les deux types de soutien renforcent l'effet protecteur et paradoxalement, les personnes ayant besoin des deux soutiens sont des populations plus fragiles.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : l'étude n'a pas pu étudier l'effet du soutien au niveau émotionnel et affectif qui doit avoir une plus grande influence que le simple soutien instrumental. La puissance statistique est limitée. Les biais d'échantillonnage sont possibles (les patients plus fragiles sont moins susceptibles de participer à l'étude).</p>
<b>Chang &amp; al. (2013)</b>	<p><u>Référence</u> : Chang, C.-F, Lin, M. H., Wang, J., Fan, J.-Y., Chou, L.N., &amp; Chen, M. Y. (2013). The Relationship Between Geriatric Depression and Health-Promoting Behaviors Among Community-Dwelling Seniors. <i>The Journal of Nursing Research</i>, 21(2), 75-82.</p> <p><u>Thème général</u> : la relation entre la dépression gériatrique et les comportements favorisant la santé chez les aînés vivant à domicile.</p> <p><u>Type d'article</u> : étude quantitative transversale descriptive</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Taiwan</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p>

	<p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : soins infirmiers communautaires ; dépression ; personne âgée ; promotion de la santé.</p> <p><u>Échantillon</u> : 427 personnes âgées de 65 ans et plus.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : GDS-15 ; HPS (échelle préliminaire de promotion santé pour personnes âgées, version simplifiée pour cette étude)</p> <p><u>Résumé</u> : les infirmiers de santé publique jouent un rôle important dans la promotion de la santé communautaire. L'élaboration des politiques de soins doivent tenir compte du lien entre les comportements favorisant la santé et la dépression chez les personnes âgées vivant à domicile. Cette étude a pour but de promouvoir les comportements favorisant la santé des aînés et d'étudier la relation entre la dépression gériatrique ces comportements. Les facteurs favorisant la santé sont les suivants : la participation sociale, la responsabilité de sa santé, l'alimentation saine, l'autoprotection, et les activités.</p> <p><u>Résultats</u> : la prévalence et la fréquence des symptômes dépressifs sont plus élevées chez les aînés qui ont moins de comportements favorisant la santé. Ils sont plus exposés à une mauvaise santé (hygiène déficiente). Ceux avec moins de participation sociale sont les plus à risque de développer une dépression. L'étude révèle l'importance de proposer un soutien individualisé pour la personne âgée en particulier avec celles présentant des déficiences physiques. Quand l'inconfort physique est présent, il y a moins de comportements favorisant la santé.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : l'échantillonnage a été réalisé de manière non aléatoire (biais de sélection : les couches socio-économiques défavorisées sont majoritaires).</p>
<b>Cho &amp; al. (2011)</b>	<p><u>Référence</u>: Cho, E., Lee, N.-J., Kim, E.-Y. &amp; Strumpf, N. E. (2011). The impact of informal Caregivers on Depressive Symptoms Among Older Adults Receiving Formal Home Health Care. <i>Geriatric Nursing</i>, 32(1), 18-28.</p> <p><u>Thème général</u> : l'impact du support social sur la santé mentale des aînés.</p> <p><u>Etude</u> : quantitative, comparative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Corée</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : soins à domicile; personne âgée; dépression; proche-aidant.</p> <p><u>Échantillon</u> : 8448 patients âgés de plus de 65 ans.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : OASIS : dépression ; niveau cognitif ; maladie somatique ; ADL ; IADL.</p> <p><u>Résumé</u> : la majorité des participants (83,2%) reçoit une aide informelle (toute personne n'appartenant pas aux services de santé : famille, ami, voisin, personne de la communauté) dont une part importante vit sous le même toit (57,9%). Les patients avec aide informelle ont plus de risques d'avoir des symptômes dépressifs que les patients avec aides informelle et formelle. En</p>



	<p>revanche, les soins à domicile ne se substituent pas aux aidants (support émotionnel), ils sont un complément. Malgré la présence de l'aide informelle, certains patients perçoivent un soutien pauvre et présentent par conséquent plus de symptômes dépressifs. L'aidant informel peut avoir une influence (négative ou positive) importante sur le patient.</p> <p><u>Résultats</u> : il est nécessaire de combiner l'aide formelle et informelle dans la prise en soin de la personne âgée dépressive. l'étude soulève l'importance de bien évaluer la dépression chez l'âgé et d'estimer l'aide informelle en incluant la qualité de la relation.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : l'effet de la présence des aidants naturels sur les symptômes dépressifs a été examiné uniquement par rapport aux principaux dispensateurs de soins des patients. D'autres personnes peuvent avoir une influence sur ces symptômes. Les caractéristiques des agences de soins n'ont pas été étudiées. La puissance statistique est limitée.</p>
<b>Dalby &amp; al. (2008)</b>	<p><u>Référence</u> : Dalby, D. M., Hirdes, J. P., Hogan, D. B., Patten, S. C., Beck, C. A., Rabinowitz, T., &amp; Maxwell, C. J. (2008). Potentially inappropriate management of depressive symptoms among Ontario home care clients. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 23, 650-659.</p> <p><u>Thème général</u> : dépression et traitement médicamenteux inapproprié (mauvais molécule, sur ou sous dosage)</p> <p><u>Etude</u> : étude transversale, quantitative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Canada</p> <p><u>Science</u> : médicale</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : dépression ; pharmacothérapie ; soins à domicile ; interRAI.</p> <p><u>Échantillon</u> : 5302 adultes de 75 ans et plus.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : DRS (RAI-HC)</p> <p><u>Résumé</u> : la majorité des patients reçoit un traitement médicamenteux inapproprié pour leur dépression. Il est important d'utiliser l'outil RAI-HC dans lequel est intégrée une échelle d'évaluation de la dépression (validée pour cet outil) mise en lien avec la prise d'un traitement (le nom du médicament et le dosage). Plus de la moitié des patients (64,5%) ont potentiellement reçu un traitement inapproprié. Le fait d'avoir plus de 75 ans, d'avoir des aidants stressés, des plus grandes comorbidités sont des facteurs de risque d'avoir un traitement inapproprié.</p> <p><u>Résultats</u> : la prévalence de la dépression est importante chez la population âgée qui est principalement traitée par antidépresseur. Le risque de recevoir un traitement inapproprié est présent. Changer les habitudes et les pratiques est possible en adoptant un outil validé comme le RAI-HC. Cet outil permet d'avoir un diagnostic documenté et prédit la pharmacothérapie appropriée. Faut-il encore bien l'utiliser. L'amélioration des connaissances en psychiatrie et l'utilisation d'évaluations standardisées intégrales est nécessaire pour proposer des services de soins domiciliaires de qualité.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : il est impossible de connaître les raisons précises</p>

	initiales de la prescription d'un antidépresseurs.
<b>Diefenbach &amp; al. (2011)</b>	<p>Référence: Diefenbach, G. J., Tolin, D. F. &amp; Gilliam, C. M. (2011). Impairments in life quality among clients in geriatric home care: associations with depressive and anxiety symptoms. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 27, 828-835.</p> <p><u>Thème général</u> : l'influence de la dépression sur la qualité de vie</p> <p><u>Etude</u> : quantitative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Etats-Unis</p> <p><u>Science</u> : médicale</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : anxiété ; dépression ; gériatrique ; qualité de vie ; soins à domicile.</p> <p><u>Échantillon</u> : 66 personnes de 65 ans et plus. La plupart des participants a une maladie chronique qui demande une aide pour les AVQ. 34, 8% ont un diagnostic de dépression et/ou d'anxiété. 57,6% ont une prescription de psychotropes.</p> <p><u>Outils d'évaluation/ Mesure</u> : liste des troubles anxieux selon le DSM IV ; GDS-15 ; PSWQ ; SF-12 ; état de santé (maladie chronique, cognitif et le statut fonctionnel) ; MMSE ; AVQ ; IAVQ.</p> <p><u>Résumé</u> : les symptômes dépressifs sont significativement associés avec les déficiences physiques qui entravent la qualité de vie. Après l'évaluation des symptômes dépressifs, les symptômes d'anxiété, le fonctionnement émotionnel et la douleur physique sont des variances significatives dans la baisse de la qualité de vie.</p> <p><u>Résultats</u> : les résultats indiquent que les symptômes dépressifs et anxieux sont associés négativement avec la qualité de vie chez les personnes âgées vivant à domicile. L'étude souligne l'importance de développer des programmes communautaires pour évaluer et traiter l'ensemble de ces symptômes. L'amélioration des symptômes dépressifs et anxieux protège d'une infirmité fonctionnelle à domicile</p> <p><u>Limites énoncées</u> : le taux élevé de refus peut avoir une influence sur la représentativité de l'échantillon (biais d'échantillonnage, les patients les plus gravement atteints ne sont pas représentés).</p>
<b>Gellis (2010)</b>	<p>Référence: Gellis, Z.D. (2010). Assessment of a Brief CES-D Measure for Depression in Homebound Medically Ill Older Adults. <i>Journal of Gerontological Social Work</i>, 53(4), 289-303.</p> <p><u>Thème général</u> : évaluation d'une échelle de dépistage-version courte de la dépression de la personne âgée.</p> <p><u>Etude</u> : quantitative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Etats-Unis</p> <p><u>Science</u> : médicale</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : symptômes dépressifs ; évaluation ; maladie ; personne âgée à domicile.</p> <p><u>Échantillon</u> : 618 personnes entre 65 et 101 ans vivant à domicile en zones urbaines et rurales.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : CES-D-20 ; CES-D-11.</p> <p><u>Résumé</u> : la mesure des symptômes dépressifs est une préoccupation majeure pour améliorer les soins domiciliaires. Il est</p>

	<p>nécessaire d'avoir des indicateurs brefs et valides. Le problème actuel des soins à domicile est l'inexistence de dépistage standardisé et la majorité des intervenants ne détecte pas la dépression. Le dépistage de la dépression est une première étape dans la gestion globale de la dépression. Il implique l'utilisation de méthodes peu coûteuses et facilement administrées pour identifier la maladie. Dans les soins à domicile et pour la personne âgée, le défi du dépistage est de comprendre l'expérience de la dépression distincte de l'état de santé. Pour éviter une fatigabilité des personnes âgées lors de l'évaluation et pour augmenter la fréquence du dépistage, une version brève de cette échelle est préférable.</p> <p><u>Résultats</u> : la CES-D-11 a des propriétés psychométriques fiables et valides pour les personnes âgées vivant à domicile. L'échelle aide à la compréhension de la nature de la dépression. Elle identifie avec certitude la dépression et peut contribuer à la planification du traitement individualisé. Les résultats sont prometteurs et comparables à l'échelle originale. Une validation supplémentaire est nécessaire.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : l'outil CES-D-11 n'a pas été validé spécifiquement pour évaluer les personnes âgées à domicile (bien qu'il possède une solide feuille de route). L'étude n'a pas utilisé une mesure de la dépression basée sur le DSM-IV.</p>
<b>Haugan &amp; Innstrand (2012)</b>	<p><u>Référence</u> : Haugan, G. &amp; Innstrand, T. S. (2012). The effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively intact Nursing Home Patients. <i>International Scholarly Research Network Psychiatry</i>, 2012, 1-10</p> <p><u>Thème général</u> : l'effet de la ST sur la dépression</p> <p><u>Etude</u> : quantitative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Norvège</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p> <p><u>Lieu</u> : établissement pour personnes âgées.</p> <p><u>Mots clefs</u> : anxiété ; dépression ; maison de soin ; relation infirmier-patients ; personne âgée.</p> <p><u>Echantillon</u> : 202 patients âgés de 65 à 104 ans.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : HADS-D (mesure uniquement la dépression) ; STS.</p> <p><u>Résumé</u> : dans les établissements pour personnes âgées, les taux de dépression sont entre trois à quatre fois plus élevés qu'à domicile. Il est important de trouver de nouvelles alternatives pour réduire la dépression et développer le bien-être chez les personnes vivant en foyer. Le risque de vivre en foyer est de perdre son rôle et son autodétermination et de diminuer sa sphère relationnelle. La personne institutionnalisée a un grand besoin d'assistance suite aux diminutions physiques ou autres limitations. L'infirmier peut être une figure dominante dans la vie quotidienne du patient, leurs relations peuvent faciliter les activités ressources de la personne âgée. L'étude a fait passer les deux questionnaires (HAS-D et STS) et à comparer les données.</p> <p><u>Résultats</u> : la sphère interpersonnelle de la ST est négativement</p>

	<p>associée avec la dépression (intérêts personnels, apprentissage, implication et le lien avec d'autres, partage de l'espoir, l'aide apportée à l'autre) elle diminue et prévient la dépression. De même la sphère intrapersonnelle (accepter de vieillir, s'ajuster aux changements physiques, trouver un sens à ses expériences passées) est reliée négativement avec la dépression. Les statistiques montrent que la sphère intrapersonnelle a plus d'impact sur la dépression que la sphère interpersonnelle. Les connaissances infirmières montrent que l'acceptation de soi et l'ajustement aux situations est essentiel pour le bien-être aussi bien que la bonne humeur, l'humour et le rire. La dépression n'est pas facilement dépistée en EMS, la ST sert de cadre aux infirmiers pour connaître les ressources du patient et accéder à son humeur.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : les tests représentent 130 items et peuvent être fatigants pour la personne âgée. Seulement trois personnes ont dû faire le test en deux temps. un échantillon plus large augmenterait de manière significative la puissance statistique de l'essai.</p>
<b>Kerse &amp; al. (2010)</b>	<p><u>Référence</u> : Kerse, N., Hayman, K. J., Moyes, S. A., Peri, K., Robinson, E., Dowell, A. &amp; Arroll, B. (2010). Home-Based Activity Program for Older People With Depressive Symptoms: DeLLITE-A Randomized Controlled Trial. <i>Annals of family medicine</i>, 8(3), 214-223.</p> <p><u>Thème général</u> : l'impact des activités physiques et des visites sociales dans le traitement de la dépression.</p> <p><u>Etude</u> : quantitative comparative (essai contrôlé randomisé sur 12 mois)</p> <p><u>Origine article</u> : Nouvelle Zélande</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : âgé ; dépression ; exercice ; comportement social ; interventions.</p> <p><u>Échantillon</u> : 193 personnes âgés de 75 ans et plus avec des symptômes dépressifs.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : GDS-15 ; SF-36 ; AHSPA ; COPPES ; NEADL.</p> <p><u>Résumé</u> : Cette étude évalue l'efficacité d'un programme d'activités physiques à domicile qui a pour but d'améliorer la fonction physique, l'humeur et la qualité de vie de la personne âgée souffrant de dépression. Les patients reçoivent un programme individualisé d'activités physiques (DeLLITE : exercice d'endurance, de résistance, de marche, d'étirements avec objectifs spécifiques, la personne a un accompagnateur avec lequel il est encouragé à parler, la fréquence des activités est d'environ 30 minutes par jour pendant six mois). La personne reçoit huit visites en tout. Le groupe contrôle reçoit également huit visites sociales mais sans autres activités. Cette intervention est menée par une infirmière qualifiée.</p> <p><u>Résultats</u> : il n'y a pas de différence entre les deux interventions. Tous les participants ont en moyenne gagné en qualité de vie mesurée à partir de l'humeur. L'aspect social a une part importante dans l'amélioration des symptômes dépressifs. Mais, ceux qui adhèrent plus au traitement physique ont eu des meilleurs gains. La</p>

	<p>personne âgée est plus réceptive au contact qu'aux activités.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : Les auteurs s'interrogent sur le peu de résultats du programme : personne trop âgée pour adhérer ? programme mal adapté ? Selon eux, pour favoriser les activités physiques, il faut développer un meilleur encadrement. Les bénéfices de l'amélioration de la santé physique sont évidents.</p>
<b>Landi &amp; al. (2005)</b>	<p><u>Référence</u>: Landi, F., Onder, G., Cesari, M., Russo, A., Barillaro, C. &amp; Bernabei, R. (2005). Pain and Its Relation to Depressive Symptoms in Frail Older People Living in the Community: An Observational Study. <i>Journal Of Pain and Symptom Management</i>, 29(3), 255-262.</p> <p><u>Thème général</u> : la douleur et la dépression</p> <p><u>Etude</u> : quantitative, longitudinale</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Italie ; Etats-Unis.</p> <p><u>Science</u> : médicale</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : douleur ; dépression ; personne âgée fragile.</p> <p><u>Échantillon</u> : 5 372 personnes âgées de 75 ans et plus admises dans douze agences de soins à domicile entre 1998 et 2002.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : MDS-HC (la dépression est évaluée selon les critères du DSM-IV)</p> <p><u>Résumé</u> : la douleur et la dépression augmentent les déficiences et donc les besoins en service de soin. Il est important de comprendre les interactions entre la douleur et la dépression. La douleur augmente le risque de développer une dépression, il est important de traiter les deux ensembles.</p> <p><u>Résultats</u> : les personnes âgées souffrant de douleur présentent un risque élevé d'éprouver des symptômes dépressifs. Des recherches futures devraient voir si en atténuant la douleur on pourrait avoir un impact sur la dépression.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : Il est difficile de déterminer si les symptômes dépressifs sont le résultat de la douleur ou d'autres facteurs. Le MDS-HC ne permet pas de décrire la localisation, la cause et l'intensité de la douleur.</p>
<b>Markle-Reid &amp; al. (2011)</b>	<p><u>Référence</u>: Markle-Reid, M. F., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Hoch, J. S., Browne, G., Peirce, T. &amp; Busing, B. (2011). Reducing depression in older home care clients: design of a prospective study of a nurse-led interprofessional mental health promotion intervention, <i>BMC Geriatrics</i>, 11(50), 2-21.</p> <p><u>Thème général</u> : les interventions interprofessionnelles pour réduire les risques de développer une dépression.</p> <p><u>Etude</u> : prospective, descriptive et qualitative</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Canada</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : dépression ; vieillissement ; maladie chronique ; efficacité technique ; soins à domicile ; intervention infirmière ; promotion de la santé mentale.</p> <p><u>Échantillon</u> : 250 personnes de plus de 70 ans présentant une dépression et utilisant un service de soin.</p>

	<p><u>Outils d'évaluation</u> : CES-D ; GDS-15.</p> <p><u>Résumé</u> : les modèles de soins qui facilitent l'interprofessionnalité sont de plus en plus reconnus comme des moyens de remédier aux exigences des soins. La dépression résulte généralement de l'interaction de multiples facteurs de risque, dont beaucoup sont modifiables, tels que les difficultés persistantes du sommeil, le stress chronique associée à des problèmes de santé en déclin, familiales ou conjugales, et l'isolement social. Des études ont montré que l'attention à ces facteurs de risque peut réduire la fréquence et la gravité de la dépression grâce aux interventions d'une équipe interprofessionnelle qui utilise des outils de dépistage normalisés, des directives thérapeutiques fondées sur des preuves et adaptées aux besoins individuels. Le dépistage systématique des symptômes dépressifs chez les clients âgés n'est pas encore une pratique courante. L'objectif spécifique de l'étude est d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'une intervention interprofessionnelle menée par une infirmière pendant six mois auprès de clients âgés présentant des symptômes dépressifs.</p> <p><u>Résultats</u> : les premiers résultats montrent des changements dans la sévérité des symptômes dépressifs et une amélioration de la qualité de vie. Cette intervention améliore la reconnaissance et la gestion des symptômes et facilite la collaboration interprofessionnelle.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : le site d'étude unique peut limiter la généralisation des résultats. Il n'existe pas de groupe de comparaison. Les biais d'échantillonnage peuvent influencer les résultats (les volontaires sont peut-être plus réceptifs à l'intervention). La dépression n'est pas évaluée cliniquement. La recherche est en cours, les résultats définitifs ne sont pas publiés.</p>
<b>Raue &amp; al. (2011)</b>	<p><u>Référence</u> : Raue, P. J., Weinberger, M. I., Sirey, J. A., Meyers, B. S. &amp; Bruce, M. L. (2011) Preference for Depression Treatment Among Elderly Home Health Care Patients. <i>Psychiatric services</i>, 62(5), 532-537.</p> <p><u>Thème général</u> : préférence de traitement de la dépression du sujet âgé.</p> <p><u>Etude</u> : quantitative, transversale</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Etats-Unis</p> <p><u>Sciences</u> : médicale</p> <p><u>Lieu</u> : domicile</p> <p><u>Mots clefs</u> : dépression; thérapie médicamenteuse; soins à domicile; satisfaction du patient ; âgés ; thérapies alternatives.</p> <p><u>Échantillon</u> : 256 personnes âgées entre 65 et 96 ans avec un score supérieur à 20 au MMSE, nouvellement admises aux soins à domicile.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : MMSE ; SCID ; HDRS-24 ; statut fonctionnel (nombre de difficultés dans la vie quotidienne et instrumentale) ; Chronic Disease Score (morbidité) ; Clinical Anxiety Scale ; « stigmates » public et personnel de la maladie mentale</p> <p><u>Résumé</u> : l'hypothèse de l'étude est que les patients âgés des soins à domicile auraient des préférences de traitement en fonction de leurs expériences. Les auteurs ont fait des analyses secondaires de</p>

	<p>données de l'étude TRIAD (formation et évaluation de la dépression) pour évaluer la préférence pour des traitements actifs ou non actifs (complémentaires). Ils ont demandé aux patients non déprimés de choisir quel type de traitement ils choisiraient s'ils devaient souffrir de dépression grave.</p> <p><u>Résultats</u> : 47% des patients préféreraient un traitement actif (antidépresseur ; psychothérapie individuelle; antidépresseur et psychothérapie ; groupe psychothérapeutique); 53% non actif (activités religieuses ou spirituelles ; exercices physiques ; autres activités ; phytothérapie ; ne rien faire ; ne sais pas). Un diagnostic de dépression majeure ou mineure n'est pas associé à une préférence de traitement. Le traitement actif est associé au sexe masculin, au nombre d'années d'étude, au groupe ethnique (blanc ou hispanique et noir), à une plus grande déficience dans les AIVQ et à une moins grande stigmatisation personnelle. Les personnes avec des déficiences dans les activités instrumentales sont plus en détresse et ont tendance à choisir un traitement actif. Les stigmatisations et croyances négatives sur la santé mentale peuvent influencer la perception. Dans ce cas, les personnes choisissent davantage une approche complémentaire. L'étude révèle qu'il faut s'adapter à la variabilité des situations. Comprendre l'expérience et les préférences individuelles peut aider pour traiter correctement la dépression.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : la puissance statistique est limitée. L'étude se base sur une hypothétique question.</p>
<b>Stinson &amp; Kirk (2005)</b>	<p><u>Référence</u> : Stinson, C. K. &amp; Kirk, E. (2005). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older woman, <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 15, 208-218.</p> <p><u>Thème général</u> : la technique infirmière de réminiscence pour baisser la dépression et augmenter le dépassement de soi.</p> <p><u>Etude</u> : quantitative, comparative, expérimentale</p> <p><u>Origine de l'article</u> : Etats-Unis</p> <p><u>Science</u> : infirmière</p> <p><u>Lieu</u> : établissement pour personnes âgées</p> <p><u>Mots clefs</u> : dépression ; soin personne âgée ; soin holistique ; soins infirmiers.</p> <p><u>Échantillon</u> : 24 femmes âgées de 72 à 96 ans ayant une dépression. Le groupe est divisé en deux : un groupe de réminiscence ; un groupe contrôle d'activités habituelles de l'établissement.</p> <p><u>Outils d'évaluation</u> : STS-15 et GDS-30</p> <p><u>Résumé</u> : la dépression de fin de vie est traitée prioritairement par les médicaments. Les personnes âgées ont tendance à être peu compliantes et/ou à faire des overdoses. Les antidépresseurs peuvent entraîner des effets secondaires néfastes, sans forcément atténuer la dépression sous-jacente. C'est pourquoi il est important de trouver d'autres alternatives. Les recherches disent que la Self-Transcendence (ST) est inversement corrélée avec la dépression (Reed, 1991). La ST est positivement corrélée avec le bien-être. La</p>

	<p>réminiscence a pour but d'augmenter le niveau de ST et donc de faire baisser les symptômes dépressifs. Deux séances hebdomadaires sont proposées aux femmes âgées pendant six mois en évaluant régulièrement la dépression (GDS) et la ST (STS).</p> <p><u>Résultats</u> : Les données ont révélé une diminution non significative de la dépression et une augmentation de la ST dans le groupe de réminiscence. Ces résultats indiquent une tendance vers un résultat positif. La réminiscence pourrait être une intervention pour réduire la dépression et augmenter le ST. Il est nécessaire d'effectuer des études plus importantes.</p> <p><u>Limites énoncées</u> : La puissance statistique est limitée. Les différentes méthodologies de la technique de réminiscence ne permettent pas de croiser les résultats avec d'autres études.</p>
--	---



## 2. Annexe II : exemple grille Fortin & Gagnon (2010).

### Grille de lecture d'études quantitatives

Référence de l'article : Haugan, G. & Innstrand, T. S. (2012). The effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively intact Nursing Home Patients. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 2012, 1-10

Oui	Partiellement	Non
-----	---------------	-----

#### 1. Généralités

Le titre précise clairement les concepts-clé et la population de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le résumé synthétise correctement les grandes lignes de la recherche (problème, méthode, résultats, discussion) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Introduction

##### 2.1. Définition du problème (question de recherche)

Le problème de l'étude est clairement formulé et circonscrit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le problème de l'étude est justifié dans le contexte des connaissances actuelles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 2.2. Recension des écrits

Les travaux antérieurs sont pertinents et rapportés de façon critique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recension présente une base solide pour l'étude	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La recension s'appuie principalement sur des références primaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 2.3. Cadre de recherche

Les concepts clés sont mis en évidence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les concepts clés sont définis sur le plan conceptuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cadre théorique / conceptuel est explicite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cadre théorique / conceptuel est lié au but de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si pertinent : l'absence d'un cadre théorique / conceptuel est justifié par l'auteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 2.4. But, question de recherche ou hypothèses

Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La population de l'étude est clairement spécifiée dans la question	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables clés de l'étude sont clairement énoncées	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La question de recherche et les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La question de recherche et les hypothèses découlent logiquement du but énoncé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Méthode

##### 3.1. Population et échantillon

La population est définie de façon précise	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'échantillon est décrit de façon détaillée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode d'échantillonnage favorise la représentativité de l'échantillon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode de définition de la taille d'échantillon est précisée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode d'échantillonnage permet d'atteindre les objectifs visés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La taille d'échantillon est justifiée statistiquement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 3.2. Considérations éthiques

Les moyens pour sauvegarder les droits des participants sont adéquats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'étude est conçue pour maximiser les bénéfices et minimiser les risques pour les participants	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.3. Devis de recherche

Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le devis fournit les moyens d'examiner toutes les questions de recherche / hypothèses	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le choix du devis minimise les obstacles liés à la validité interne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le choix du devis minimise les obstacles liés à la validité externe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La méthode de recherche proposée est appropriée au problème posé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.4. Mode de collecte des données et validité

Les outils de mesure sont clairement décrits	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les outils de mesure permettent de mesurer les variables concernées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les instruments utilisés ont été créés pour les besoins de l'étude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Les instruments utilisés ont été importés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les définitions opérationnelles sont adéquates	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les définitions opérationnelles tiennent compte des activités nécessaires à la mesure des variables	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La validité des outils utilisés est évaluée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats de l'évaluation de la validité sont présentés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'évaluation de la validité est satisfaisante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fidélité des outils utilisés est évaluée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats de l'évaluation de la fidélité sont présentés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.5. Conduite de la recherche

Le processus de collecte de données est décrit clairement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les données ont été collectées de manière à minimiser les biais	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les données ont été collectées en faisant appel à du personnel compétent	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention est clairement décrite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention est appliquée de façon constante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.6. Analyse de données

Les méthodes d'analyses statistiques des données sont précisées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les méthodes d'analyses statistiques des données sont appropriées (au niveau de mesure des variables, à la comparaison entre groupes, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont pris en compte dans l'analyse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Résultats

Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et figures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats sont résumés par un texte narratif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le seuil de signification de chaque test statistique est indiqué	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Discussion

### 5.1. Interprétation des résultats

Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats sont interprétés pour chaque question ou hypothèse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les résultats concordent avec les recherches antérieures sur le même sujet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'interprétation des résultats et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les limites de l'étude sont définies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les conclusions découlent logiquement des résultats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.2. Conséquences et recommandations</b>			
Les conséquences des résultats pour la discipline ou la pratique clinique sont spécifiées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des recommandations sont faites pour les recherches futures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Commentaires :** un échantillon plus large augmenterait la puissance statistique.

### 3. Annexe III : échelles d'évaluation de la Self-Transcendance

#### 3.1. Developmental Resources of Later Adulthood (DRLA, Reed, 1986)

Directions: Read each item in terms of how much the participants view the item as existing in their present life. Circle the response indicated by the participants.

AT THIS TIME OF YOUR LIFE, HOW MUCH DO YOU SEE YOURSELF AS:

1. Able to adapt to changes in in my life.	Not at all	Very Little	Some what	Very Much
2. Making use of my physical energy.	1	2	3	4
3. Finding meaning in my religious or spiritual beliefs.	1	2	3	4
4. Adjusting to the changes in my physical abilities.	1	2	3	4
5. Accepting myself as I grow older.	1	2	3	4
6. Letting others help me when I may need it.	1	2	3	4
7. Enjoying my pace of life	1	2	3	4
8. Being involved in my community in some way.	1	2	3	4
9. Adjusting well to retirement or to my current work.	1	2	3	4
10. Valuing my past experience.	1	2	3	4
11. Adjusting to the changes in my income or lifestyle.	1	2	3	4
12. Able to find meaning in life's misfortunes and crises.	1	2	3	4
13. Helping younger people or others in some way.	1	2	3	4
14. Developing new relationships.	1	2	3	4
15. Having a purpose in life.	1	2	3	4
16. Enjoying the present.	1	2	3	4
17. Relaxing more and being less competitive.	1	2	3	4
18. Trying to keep myself in good physical health.	1	2	3	4
19. Being as active as I can be.	1	2	3	4
20. Finding new interests.	1	2	3	4
21. Sharing my wisdom and experience with others.	1	2	3	4
22. Able to accept that some day I will die.	1	2	3	4
23. Sharing my thoughts and opinions with others.	1	2	3	4
24. Letting go of things I used to think were so important.	1	2	3	4
25. Accepting the changes in my physical appearance.	1	2	3	4
26. Able to adapt to changes in society.	1	2	3	4
27. Able to accept the fact that people I love will or have died.	1	2	3	4

28. Being a productive person.	1	2	3	4
29. Letting go of past unfulfilled dreams and goals.	1	2	3	4
30. Adapting to the needs of my body.	1	2	3	4
31. Able to move around as much as is possible for me.	1	2	3	4
32. Increasing my knowledge of things.	1	2	3	4
33. Finding new outlooks on life.	1	2	3	4
34. Sharing some of my tasks with others.	1	2	3	4
35. Feeling positive about the future.	1	2	3	4
36. Having hobbies or interests I can enjoy.	1	2	3	4

### 3.2. Spiritual Perspective Scale (SPS, Reed, 1987)

Introduction and Directions: In general, spirituality refers to an awareness of one's inner self and a sense of connection to a higher being, nature, others, or to some purpose greater than oneself. I am interested in your responses to the questions below about spirituality as it may relate to your life. There are no right or wrong answers. Answer each question to the best of your ability by marking an "X" in the space above that group of words that best describes you.

	Not at all	Less than once a year	About once a year	About once a month	About once a week	About once a day
1. In talking with your family or friends, how often do you mention spiritual matters?						
2. How often do you share with others the problems and joys of living according to your spiritual beliefs?						
3. How often do you read spiritually-related material?						
4. How often do you engage in private prayer or meditation?						
	Strongly Disagree	Disagree	Disagree more than agree	Agree more than disagree	Agree	Strongly Agree
5. Forgiveness is an important part of my						

spirituality.						
6. I seek spiritual guidance in making decisions in my everyday life.						
7. My spirituality is a significant part of my life.						
8. I frequently feel very close to God or a "higher power" in prayer, during public worship or at important moments in my daily life.						
9. My spiritual views have had an influence upon my life.						
10. My spirituality is especially important to me because it answers many questions about the meaning of life.						

### 3.3. Self-Transcendence Scale (STS, Reed, 1991)

DIRECTIONS: Please indicate the extent to which each item below describes you. There is no right or wrong answers. I am interested in your frank opinion. As you respond to each item, think of how you see yourself at this time of your life. Circle the number that is the best response for you.

AT THIS TIME OF MY LIFE, I SEE MYSELF AS:

	Not at all:1	Very Little:2	Somewhat:3	Very much:4
1. Having hobbies or interests I can enjoy				
2. Accepting myself as I grow older				
3. Being involved with other people or my community when possible.				
4. Adjusting well to my present life situation				
5. Adjusting to the changes in my physical abilities.				
6. Sharing my wisdom or experience with others.				

7. Finding meaning in my past experiences				
8. Helping younger people or others in some way				
9. Having an interest in continuing to learn about things.				
10. Putting aside some things that I once thought were so important.				
11. Accepting death as a part of life.				
12. Finding meaning in my spiritual beliefs				
13. Letting others help me when I may need it				
14. Enjoying my pace of life.				
15. Dwelling on my past unmet dreams or goals.				

Thank you very much for completing these questions. Please feel free to list below or on the back any other issues that are important to you at this time of your life that was not listed above.